



Società Italiana di  
Urologia Oncologica

Programma & Abstracts

# XIX CONGRESSO NAZIONALE SIUrO

PRESIDENTI DEL CONGRESSO

*Giario Conti*

*Riccardo Valdagni*

PRESIDENTI ONORARI

*Patrizio Rigatti*

*Francesco Rocco*

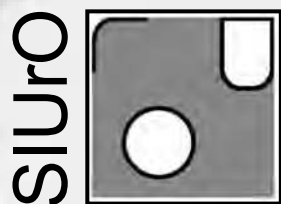
MILANO,  
23-26 Giugno 2009





**Edizioni Scripta Manent s.n.c.**  
Via Bassini 41 - 20133 Milano, Italy  
Tel. +39 0270608091 - Fax +39 0270606917  
e-mail: [scriman@tin.it](mailto:scriman@tin.it)

# **XIX CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA ONCOLOGICA**



## **PRESIDENTI DEL CONGRESSO**

*Giario Conti, Riccardo Valdagni*

## **PRESIDENTI ONORARI**

*Patrizio Rigatti, Francesco Rocco*

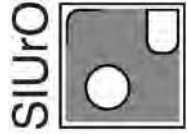
**Milano, 23-26 Giugno 2009**

## **SEDE DEL CONGRESSO**

NH Milanofiori

Strada 1, Milanofiori, Assago (Milano)





## **Consiglio Direttivo**

### **Presidente**

Giuseppe Martorana

### **Vice Presidente**

Riccardo Valdagni

### **Past President**

Raffaele Tenaglia

### **Segretario e Tesoriere**

Alessandro Bertaccini

### **Presidente Incoming**

Giario Conti

### **Consiglieri**

Enrico Bollito

Sergio Bracarda

Renzo Colombo

Alberto Lapini

Nicola Longo

Massimo Maffezzini

Gigliola Sica

Cora Sternberg

## **Comitato Scientifico eletto**

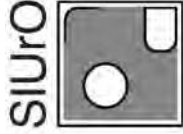
### **Presidente**

Gigliola Sica

### **Membri**

Vincenzo Altieri

Vincenzo Scattoni



**XIX Congresso Nazionale Società Italiana di Urologia Oncologica**  
**Milano 23-26 Giugno 2009**

**Presidenti del Congresso**

Giario Conti, Riccardo Valdagni

**Presidenti Onorari**

Patrizio Rigatti, Francesco Rocco

**Comitato Scientifico del Congresso**

Vincenzo Altieri

Enrico Bollito

Sergio Bracarda

Giario Conti

Cinzia Ortega

Carlo Patriarca

Vincenzo Scattoni

Gigliola Sica

Riccardo Valdagni



*È per me un grande onore essere stato nuovamente chiamato a presiedere la Società Italiana di Urologia Oncologica (SIUrO) per il prossimo mandato.*

*Negli ultimi anni la SIUrO è cambiata ed è cresciuta molto, sia come numero di soci, sia in termini di attività scientifica ed organizzativa.*

*Soprattutto si è rafforzata l'immagine della nostra Associazione attraverso un format scientifico-congressuale che si è dimostrato "vincente", come sono certo sarà anche quello di quest'anno: la plenarietà delle sessioni, il coinvolgimento dei giovani, l'approfondimento di ogni tema fatto attraverso la partecipazione delle varie discipline.*

*La crisi economico-finanziaria, globale, tuttavia non poteva non coinvolgere anche le società scientifiche come la nostra!*

*Il panorama "storico" è profondamente cambiato, le risorse sono diminuite, è diventato indispensabile "cambiare passo", rivedere le proprie strategie, le proprie priorità, pena il rischio di scomparire o di essere accorpati a società maggiori o relegati ad un ruolo marginale.*

*Cosciente di questa nuova situazione ma desiderosa nello stesso tempo di rilanciare una "nuova SIUrO" – anche perché certa della potenzialità enorme della società stessa mai espressa fino in fondo – la squadra uscente ha elaborato, qualche mese prima della scadenza del mandato, un progetto che – nel rispetto della mission multidisciplinare – fosse capace di far diventare la SIUrO più forte, più visibile, più trasversale, più attraente.*

*Come? Intanto... non solo il congresso!!*

*Poi allargando la base di persone coinvolte direttamente nel core scientifico-organizzativo, tra cui molti giovani (elenco che speriamo si allarghi ulteriormente).*

*Infine attivando dei gruppi di studio e dandone la responsabilità di conduzione alle persone coinvolte.*

*Un po' come all'inizio della storia della SIUrO quando si era pensato ai comitati ad hoc, mai decollati – anzi mai istituiti – perché evidentemente i tempi non erano maturi!*

*La "nuova SIUrO" si è recentemente riunita a Bertinoro, amena località del forlivese, per disegnare la strategia dei prossimi anni.*

*Ne è uscito un gruppo entusiasta – quasi come se se ne fosse sentita la mancanza – e determinato a percorrere questa strada, convinto che sia quella giusta.*

*Un caro saluto a tutti e arrivederci a MILANO!*

*Giuseppe Martorana*



Cari colleghi,

*Il XIX Congresso Nazionale SIUrO si svolgerà a Milano dal 23 al 26 Giugno 2009.*

*Abbiamo scelto di cambiare la data, rispetto al tradizionale appuntamento tardo autunnale e di anticiparla all'inizio dell'estate, in quanto Giugno è un mese solitamente libero da convegni e da iniziative scientifiche, così da favorire la presenza di chi desidera approfondire le proprie conoscenze in materia di urooncologia. Il nostro impegno è di proseguire e di consolidare con determinazione la tradizione SIUrO, offrendo convegni validi, importanti e ricchi di contenuti che sottolineino e promuovano il carattere multidisciplinare della nostra società/comunità, offrendo momenti di incontro e di confronto fra specialisti di differenti aree, uniti da un interesse condiviso per la crescita culturale, la cura ed il prendersi cura del malato affetto da patologia neoplastica urologica.*

*Nel 2015, com'è noto, Milano ospiterà l'Expo: un evento di importanza mondiale che però non vivrà solo ed esclusivamente nell'arco, ancora lontano, del suo "tempo ufficiale". È una iniziativa alla quale la città vuole avvicinarsi offrendo poliedriche manifestazioni ricche di qualità e di vitalità in ogni settore dello scibile umano e, in particolare, in quello della ricerca scientifica.*

*La nostra attenzione si è così concentrata su questa sede prestigiosa, di vocazione europea e tradizionalmente aperta alla libera circolazione del pensiero, per fornire un contributo concreto a questo "cammino di qualifica", per dimostrare sensibilità sociale e culturale e, nello stesso tempo, per catalizzare l'attenzione della comunità uro-oncologica con un messaggio chiaro e preciso: il nostro impegno culturale e scientifico. Da un punto di vista strettamente organizzativo e logistico, Milano garantisce non pochi vantaggi: è infatti, facilmente raggiungibile con tutti i mezzi di trasporto e offre una consolidata ospitalità alberghiera.*

*La scelta, infine, di sviluppare il nostro incontro nelle strutture del nuovo Centro Congressuale di Milano Fiori deriva dalle sue caratteristiche: è uno dei migliori a livello nazionale sia per technical equipment e facility sia per capienza.*

*Per il convegno del 2009 abbiamo anche introdotto un'importante novità: sono gli hot topics, gli argomenti "caldi" in uro-oncologia. Questi saranno affidati alla competenza di esperti qualificati a livello nazionale ed internazionale e affrontati in diversi moduli formativi. Solo per citare alcuni esempi ci è sembrato doveroso stimolare l'attenzione e la riflessione su: sorveglianza attiva e systems pathology nel carcinoma della prostata, modelli predittivi nelle patologie uro-oncologiche, impatto delle terapie oncologiche sulla sessualità. Inoltre, sarà data rilevanza alle ultime novità e alle sfide future in uropatologia, alla ricerca di base, all'oncologia medica, alla radioterapia e alla chirurgia sia tradizionale sia laparoscopica e robotica.*

*Per questo il congresso prevede corsi, spazi dedicati all'approfondimento, sedute video a invito e momenti strutturati di incontro e discussione con le personalità straniere, veri opinion leader nei loro campi, che ci onoreranno della loro presenza e conferiranno all'evento, nell'epoca della comunicazione globale, un respiro più ampio.*

*Abbiamo pensato a questa formula perché, nella migliore tradizione "siurina", l'obiettivo formativo si deve combinare con la facilitazione della comunicazione interdisciplinare tra i ricercatori. La competenza scientifica e formativa dei relatori e la varietà dei temi garantiranno al nostro XIX Congresso Nazionale tutte le caratteristiche per essere di grande stimolo culturale per urologi, oncologi medici, oncologi radioterapisti, patologi, ricercatori di base e oncologi sperimentali.*

*Un programma, quindi, molto articolato che desideriamo vedere come una sorta di sfida che, in quanto tale, richiederà il massimo impegno per essere vinta.*

*Per questo, con emozione, attendiamo la vostra partecipazione che ci auguriamo numerosa ed entusiasta.*

Giario Conti e Riccardo Valdagni



## Con l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica

### Con il Patrocinio di:



Regione Lombardia



Provincia di Milano



Comune di Milano - Assessorato alla Salute



Associazione Italiana di Oncologia Medica - A.I.O.M.



Associazione Italiana di Radioterapia Oncologica - A.I.R.O.



Associazione Urologi Italiani - A.U.R.O.



Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane - F.I.S.M.



Gruppo Italiano di Urologia - G.I.U.P.



Studi Avanzati Malattie Urologiche - S.A.M.U.R. - onlus



Società Italiana di Andrologia - S.I.A.



Società Italiana di Ecografia Urologica Nefrologica e andrologica - S.I.E.U.N.



Società Italiana di Psico-Oncologia - S.I.P.O.



Società Italiana di Urologia - S.I.U.



## ELENCO DEI RELATORI

Abbona Annamaria (Torino)	p. 8	Di Renzo Mariaflavia (Candiolo - TO)	p. 15, 18	Pappagallo Giovanni L. (Venezia)	p. 9, 16
Abrahamsson Per-Anders (Malmö)	p. 10	Donegani Simona (Milano)	p. 8, 12	Passalacqua Rodolfo (Cremona)	p. 9
Alongi Filippo (Milano)	p. 16	Donovan Michael J. (Yonkers)	p. 10, 11	Patriarca Carlo (Melegnano - MI)	p. 8, 12
Altieri Vincenzo (Napoli)	p. 14	Fandella Andrea (Treviso)	p. 16, 17	Paulesu Antonello (Como)	p. 10
Angelucci Cristiana (Roma)	p. 15	Fellin Giovanni (Trento)	p. 9, 14, 15	Pavlica Pietro (Bologna)	p. 16
Arcangeli Giorgio (Roma)	p. 13	Ficarra Vincenzo (Padova)	p. 10, 18	Pavone Macaluso Michele (Palermo)	p. 8
Arnau Canton Marta (Milano)	p. 17	Francesca Francesco (Pisa)	p. 9, 11	Piva Luigi (Milano)	p. 14
Artibani Walter (Padova)	p. 15, 16	Frigoli Diego (Milano)	p. 8	Porpiglia Francesco (Orbassano)	p. 15
Austoni Edoardo (Milano)	p. 18	Gaboardi Franco (Milano)	p. 18	Porta Camillo (Pavia)	p. 12
Balbi Cecilia (Genova)	p. 12	Garofalo Cinzia (Milano)	p. 17	Prayer Galletti Tommaso (Padova)	p. 11
Bandieramonte Gaetano (Milano)	p. 14	Gazzano Giacomo (Milano)	p. 8	Prezioso Domenico (Napoli)	p. 14, 17
Bangma Chris H. (Rotterdam)	p. 15	Gion Massimo (Venezia)	p. 8	Procopio Giuseppe (Milano)	p. 9, 11, 12, 18
Barboro Paola (Genova)	p. 12	Gontero Paolo (Torino)	p. 11	Puppo Paolo (Genova)	p. 15
Barisella Marta (Milano)	p. 9	Graziotti Pierpaolo (Rozzano - MI)	p. 11	Rancati Tiziana (Milano)	p. 18
Bartoletti Riccardo (Firenze)	p. 11	Greco Giusta (Fossoli di Carpi - MO)	p. 17	Raspollini Maria R. (Firenze)	p. 18
Bassi Pierfrancesco (Roma)	p. 11, 13	Guazzoni Giorgio (Milano)	p. 15	Revoltella Roberto P. (Pisa)	p. 12
Berruti Alfredo (Torino)	p. 12, 15, 16, 17	Gunelli Roberta (Forlì)	p. 11	Rigatti Patrizio (Milano)	p. 13
Bertaccini Alessandro (Bologna)	p. 12, 17	Iacopino Fortunata (Roma)	p. 12	Roach III Mack (San Francisco)	p. 14, 16
Bertini Roberto (Milano)	p. 9, 15	Jereczek Fossa Barbara (Milano)	p. 11, 12	Rocco Francesco (Milano)	p. 15
Bertoldo Francesco (Verona)	p. 16	Kattan Michael (Cleveland)	p. 11, 18	Rosti Giovanni (Treviso)	p. 14
Boccardo Francesco (Genova)	p. 12	Lama Gina (Roma)	p. 14	Ruggeri Enzo M. (Roma)	p. 18
Bollito Enrico (Orbassano - TO)	p. 8, 15	Lapini Alberto (Firenze)	p. 14, 16	Ruis Morales Emilio (Ispra - VA)	p. 10
Bonalumi Vanessa (Milano)	p. 17	La Sala M. Teresa (Torino)	p. 17	Salonia Andrea (Milano)	p. 8
Bonomo Sandro (Milano)	p. 8	Longo Nicola (Napoli)	p. 13, 15	Salvioni Roberto (Milano)	p. 14
Bossi Alberto (Villejuif)	p. 14	Lopez Beltran Antonio (Cordoba)	p. 13, 14	Sanseverino Roberto (Nocera Inf. - SA)	p. 11, 18
Bottega Silvia (Milano)	p. 17	Maffezzini Massimo (Genova)	p. 15, 16	Sasso Francesco (Roma)	p. 8
Bozzola Cristina (Novara)	p. 8	Manferrari Fabio (Bologna)	p. 14	Scanni Alberto (Milano)	p. 16, 17
Bracarda Sergio (Perugia)	p. 9, 12, 15, 16, 18	Martignoni Guido (Verona)	p. 8, 18	Scattoni Vincenzo (Milano)	p. 11, 16
Brausi Maurizio (Carpi - MO)	p. 10, 11	Martino Pasquale (Bari)	p. 16	Schiavina Riccardo (Bologna)	p. 12
Brunelli Matteo (Verona)	p. 8	Martorana Giuseppe (Bologna)	p. 9, 10, 12, 13	Schips Luigi (Vasto)	p. 18
Buffi Nicolò M. (Milano)	p. 15, 17	Maruzzi Daniele (Pordenone)	p. 16	Sciarra Alessandro (Roma)	p. 9
Buscarini Maurizio (Roma)	p. 10	Merberger Michael (Vienna)	p. 9	Sica Gigliola (Roma)	p. 8, 11, 12
Cairolì Daniela (Milano)	p. 12	Mikuz Gregor (Innsbruck)	p. 8, 13, 14	Siracusano Salvatore (Trieste)	p. 9
Carini Marco (Firenze)	p. 10, 18	Milanese Giulio (Ancona)	p. 8	Spatafora Sebastiano (Reggio Emilia)	p. 18
Carmignani Giorgio (Genova)	p. 14	Mirone Vincenzo (Napoli)	p. 12	Stenberg Cora N. (Roma)	p. 14, 18
Carmignani Luca (Milano)	p. 11	Montironi Rodolfo (Ancona)	p. 13	Szczylik Cesary (Varsavia)	p. 18
Carteni Giacomo (Napoli)	p. 9, 12	Mottrie Alex (Aalst)	p. 15	Taddei Gianluigi (Firenze)	p. 18
Ceccarelli Roberta (Bologna)	p. 12, 17	Musi Gennaro (Milano)	p. 15	Terrone Carlo (Orbassano - TO)	p. 18
Cestari Andrea (Milano)	p. 15	Muti Paola (Roma)	p. 8	Tortora Giampaolo (Napoli)	p. 12
Cionini Luca (Pisa)	p. 16	Muto Paolo (Napoli)	p. 16	Touijer Karim (New York)	p. 11, 18
Coggi Guido (Milano)	p. 8	Muto Giovanni (Torino)	p. 15	Trinchieri Alberto (Milano)	p. 12
Colecchia Maurizio (Milano)	p. 9, 12, 14	Muzzonigro Giovanni (Ancona)	p. 8	Trombetta Carlo (Trieste)	p. 16
Colombo Alessandro (Lecco)	p. 14	Nappi Oscar (Napoli)	p. 13, 15	Tucci Marcello (Orbassano - TO)	p. 12
Colombo Renzo (Milano)	p. 11, 14	Naselli Angelo (Genova)	p. 15	Valdagni Riccardo (Milano)	p. 10, 15
Comeri Giancarlo (Como)	p. 12	Naso Giuseppe (Roma)	p. 9	Vavassori Andrea (Milano)	p. 14
Consonni Paolo (Busto Arsizio - VA)	p. 16	Nicolai Nicola (Milano)	p. 14	Vavassori Vittorio (Varese)	p. 9, 13
Conti Giario (Como)	p. 9, 15	Orecchia Roberto (Milano)	p. 13, 16	Verweij Fabrizio (Milano)	p. 8
Cracco Cecilia (Orbassano - TO)	p. 12	Ortega Cinzia (Candiolo -TO)	p. 9, 10, 12, 16	Villa Sergio (Milano)	p. 11, 12
Da Pozzo Luigi (Bergamo)	p. 9, 10	Ozen Haluk (Ankara)	p. 13, 14	Zanetti Giampaolo (Milano)	p. 14
De Cobelli Ottavio (Milano)	p. 15, 18	Pagliarulo Arcangelo (Bari)	p. 11		
D'Eramo Giuseppe (Roma)	p. 16	Panebianco Valeria (Roma)	p. 9		

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

### Martedì 23 Giugno 2009

10.00-10.30 **ISCRIZIONI**

Apertura del Congresso

10.30-13.00 \* **Sala Visconti**

Corso ricerca di base **MARCATORI URINARI E SIERICI NEL CARCINOMA PROSTATICO: PRESENTE E FUTURO**

Moderatori: *Michele Pavone Macaluso (Palermo), Gigliola Sica (Roma)*

**PSA: dal cut-off ai criteri decisionali dinamici**

Relatore: *Massimo Gion (Venezia)*

**Metaboliti degli estrogeni e tumore alla prostata**

Relatore: *Paola Muti (Roma)*

**Recettori per l'Epidermal Growth Factor e per l'Urokinase-type Plasminogen Activator nella diagnosi del cancro della prostata**

Relatori: *Giovanni Muzzonigro (Ancona), Giulio Milanese (Ancona)*

**Molecole di adesione e interleuchine nella diagnosi e nella progressione del cancro della prostata**

Relatore: *Gigliola Sica (Roma)*

**Metallo-proteasi e loro inibitori nella progressione del cancro della prostata**

Relatore: *Fabrizio Verweij (Milano)*

10.30-13.00 **Sala Sforza**

Corso Qualità di vita **DISFUNZIONI ERETTILI E SESSUALI CORRELATE AI TRATTAMENTI ONCOLOGICI**

Moderatori: *Simona Donegani (Milano), Andrea Salonia (Milano)*

**Introduzione e presentazione del corso**

Relatori: *Andrea Salonia (Milano), Simona Donegani (Milano)*

**Il ferimento di Priapo: significato simbolico delle neoplasie urologiche**

Relatore: *Diego Frigoli (Milano)*

**Sesso e dintorni: qualità di vita nei pazienti con neoplasia vescicale**

Relatore: *Annamaria Abbona (Torino)*

**Tumori del pene tra rischio oncologico e qualità di vita**

Relatore: *Francesco Sasso (Roma)*

**Noi abbiamo un tumore alla prostata! Riflessione sulla "coppia" con un tumore alla prostata**

Relatore: *Andrea Salonia (Milano)*

**I medici tra Eros e Thanatos: la relazione con il paziente uro-oncologico**

Relatore: *Sandro Bonomo (Milano)*

10.30-13.00 \* **Sala Borromeo**

Corso Urologia **LESIONI NON TUMORALI FORMANTI MASSA E MIMI**

Moderatori: *Guido Coggi (Milano), Gregor Mikuz (Innsbruck)*

**Lesioni non tumorali formanti massa e mimi nel rene**

Relatori: *Matteo Brunelli (Verona), Guido Martignoni (Verona)*

**Lesioni non tumorali formanti massa e mimi nella vescica**

Relatori: *Giacomo Gazzano (Milano), Carlo Patriarca (Melegnano - MI)*

**Lesioni non tumorali formanti massa e mimi nella prostata**

Relatori: *Enrico Bollito (Orbassano - TO), Cristina Bozzola (Novara)*

**Lesioni non tumorali formanti massa e mimi nel testicolo**Relatori: *Marta Barisella (Milano), Maurizio Colecchia (Milano)*

13.00-14.00

**LUNCH**

14.00-15.00

**Sala Visconti**

Comunicazioni brevi

**PROSTATA 1**Moderatori: *Luigi Da Pozzo (Bergamo), Vittorio Vavassori (Varese)*

14.00-15.00

**Sala Sforza**

Comunicazioni brevi

**VESCICA E VIA ESCRETRICE**Moderatori: *Salvatore Siracusano (Trieste), Giovanni Fellin (Trento)*

14.00-15.00

**Sala Borromeo**

Comunicazioni

**RENE**Moderatori: *Roberto Bertini (Milano), Sergio Bracarda (Perugia)*

15.00-16.00

**Sala Visconti**Simposio Satellite  
Ge Healthcare**HEXVIX, PROGRESSI E PROMESSE DOPO DUE ANNI DI ESPERIENZA CLINICA**Moderatore: *Giario Conti (Como)***Esperienze italiane a confronto sulla PDD con esaminolevulinato**Relatore: *Giovanni L. Pappagallo (Venezia)***Results from Hexaminolevulinate recurrence study**Relatore: *Michael Merberger (Vienna)***Discussione e chiusura**

15.00-16.00

**Sala Sforza**Simposio Satellite  
Roche**BEVACIZUMAB + IFN: UN'OPZIONE TERAPEUTICA PER IL PAZIENTE CON RCC IN 1ª LINEA METASTATICA**Moderatore: *Francesco Francesca (Pisa)*Relatori: *Cinzia Ortega (Candiolo - TO), Giuseppe Procopio (Milano)*

16.00-16.30

**Sala Visconti**

Lettura Ferring

**DEGARELIX: UNA NUOVA OPZIONE TERAPEUTICA PER IL CARCINOMA PROSTATICO AVANZATO**Presenter: *Rodolfo Passalacqua (Cremona)*Relatore: *Giuseppe Martorana (Bologna)*

16.00-16.30

**Sala Sforza**

Lettura Bayer

**NUOVE STRATEGIE NELLA VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DELLA TERAPIA CON SORAFENIB NEL MRCC**Presenter: *Vincenzo Naso (Roma)*Relatori: *Alessandro Sciarra (Roma), Valeria Panebianco (Roma)*

16.30-18.00

**Sala Visconti**Simposio Satellite  
Novartis**STRATEGIE TERAPEUTICHE NEI PAZIENTI CON CARCINOMI GENITOURINARI**Moderatori: *Sergio Bracarda (Perugia), Giario Conti (Como)***Carcinoma renale metastatico: ottimizzare l'outcome clinico dopo TKI failure**Relatore: *Rodolfo Passalacqua (Cremona)***Ruolo di mTOR: casi clinici nel carcinoma renale metastatico**Relatore: *Giacomo Carteni (Napoli)*

**La bone health: nel carcinoma renale e della vescica**

Relatore: *Cinzia Ortega (Candiolo - TO)*

**La bone health: nel carcinoma della prostata**

Relatore: *Luigi Da Pozzo (Milano)*

16.30-17.00

**Sala Sforza**

Lettura Sofar

**ALF-X: AN INNOVATIVE ROBOTICS TELE-SURGICAL SYSTEM WITH TACTILE SENSING**

Presenter: *Maurizio Buscarini (Roma)*

Relatore: *Emilio Ruis Morales*

17.00-18.00

**Sala Sforza**

Simposio Satellite  
Edap Technomed

**ULTRASUONI FOCALIZZATI DI ALTA INTENSITÀ PER IL TRATTAMENTO DEL CANCRO DELLA PROSTATA NELLA MODERNA PRATICA UROLOGICA**

Moderatore: *Vincenzo Ficarra (Padova)*

**Definizione di fallimento biochimico dopo trattamento HIFU**

Relatore: *Antonello Paulesu (Como)*

**HIFU come trattamento di salvataggio dopo fallimento della radioterapia**

Relatore: *Maurizio Brausi (Carpi - MO)*

**Risultati a lungo termine da "@ registry" e review della letteratura**

Relatore: *Daniele Maruzzi (Pordenone)*

**Aspettative per il paziente e per il medico e conclusioni**

Relatore: *Vincenzo Ficarra (Padova)*

18.00-18.30

**Sala Visconti**

Giuliani Lecture

**SYSTEMS PATHOLOGY: ROLE IN TRADITIONAL DIAGNOSTIC PATHOLOGY AND TRASLATIONAL MEDICINE**

Presenter: *Riccardo Valdagni (Milano)*

Relatore: *Michael J. Donovan (Yonkers)*

18.30-19.00 \*

**Sala Visconti**

SIUR Lecture

**NEW BIOMARKERS IN URO-ONCOLOGY: FROM LAB TO THE CLINIC**

Presenter: *Giuseppe Martorana (Bologna)*

Relatore: *Per-Anders Abrahamsson (Malmö)*

19.00-20.00

**Sala Visconti**

**CERIMONIA INAUGURALE**

---

**Mercoledì 24 Giugno 2009**


---

08.00-09.00	<b>Sala Visconti</b>
Comunicazioni	<b>PROSTATA 2</b> Moderatori: <i>Tommaso Prayer Galletti (Padova), Sergio Villa (Milano)</i>
08.00-09.00	<b>Sala Sforza</b>
Comunicazioni	<b>VESECICA</b> Moderatori: <i>Roberta Gunelli (Forli), Barbara Jereczek Fossa (Milano)</i>
08.00-09.00	<b>Sala Borromeo</b>
Comunicazioni	<b>PENE E TESTICOLO</b> Moderatori: <i>Luca Carmignani (Milano), Giuseppe Procopio (Milano)</i>
09.00-10.30 *	<b>Sala Visconti</b>
Hot Topics	<b>VESECICA 1-CARCINOMA VESCICALE NON MUSCOLO INVASIVO</b> Moderatori: <i>Riccardo Bartoletti (Firenze), Pierfrancesco Bassi (Roma)</i>
	<b>Predictive models</b> Relatore: <i>Michael W. Kattan (Cleveland)</i>
	<b>Biomarcatori urinari</b> Relatore: <i>Roberta Gunelli (Forli)</i>
	<b>BCG: fatti e misfatti</b> Relatore: <i>Maurizio Brausi (Carpi - MO)</i>
	<b>Oltre la resistenza: terapia di seconda linea</b> Relatore: <i>Francesco Francesca (Pisa)</i>
	<b>Discussione</b>
10.30-11.00	<b>COFFEE BREAK</b>
11.00-12.15 *	<b>Sala Visconti</b>
Hot Topics	<b>PROSTATA 1</b> Moderatori: <i>Pierpaolo Graziotti (Rozzano - MI), Gigliola Sica (Roma)</i>
	<b>Predictive models</b> Relatore: <i>Michael W. Kattan (Cleveland)</i>
	<b>Genetic screening</b> Relatore: <i>Michael J. Donovan (Yonkers)</i>
	<b>Linfadenectomia di salvataggio per recidiva linfonodale dopo prostatectomia radicale</b> Relatore: <i>Vincenzo Scattoni (Milano)</i>
	<b>Discussione</b>
12.15-13.00	<b>Sala Visconti</b>
Meet the Professor <i>Karim Touijer, New York</i>	<b>HIGH GRADE T1: EARLY CISTECTOMY VERSUS CONSERVATIVE MANAGEMENT</b> Conduttore: <i>Arcangelo Pagliarulo (Bari)</i> Presenter: <i>Renzo Colombo (Milano), Paolo Gontero (Torino), Roberto Sanseverino (Nocera Inferiore - SA)</i>
13.00-14.00	<b>LUNCH</b>

13.00-14.00	<b>Riunione Gruppo Linfadenectomia (Sala Direttivo SIUR)</b>
Pranzo di lavoro	<b>PROPOSTA DI TRIAL SIUR: LINFADENECTOMIA PELVICA E RETROPERITONEALE PER METASTASI LINFONODALI DIAGNOSTICATE MEDIANTE PET/TC</b> Conduttore: <i>Giuseppe Martorana (Bologna)</i> Presenter: <i>Riccardo Schiavina (Bologna)</i>
14.00-14.30	<b>Sala Visconti</b>
SIU Junior Lecture	<b>NUOVE LINEE DI RICERCA IN URO-ONCOLOGIA</b> Presenter: <i>Vincenzo Mirone (Napoli)</i> Relatore: <i>Cecilia Cracco (Orbassano - TO)</i>
14.00-15.00	<b>Area poster A</b>
Presentazione poster	Moderatori: <i>Paola Barboro (Genova), Carlo Patriarca (Melegnano - MI), Giancarlo Comeri (Como), Alfredo Berruti (Torino), Barbara Jereczek Fossa (Milano)</i>
14.00-15.00	<b>Area poster B</b>
Presentazione poster	Moderatori: <i>Cecilia Balbi (Genova), Maurizio Colecchia (Milano), Cinzia Ortega (Candiolo - TO), Alberto Trinchieri (Milano), Sergio Villa (Milano)</i>
14.30-15.30 *	<b>Sala Visconti</b>
Approfondimento 1	<b>FATTORI GENETICI E MICROAMBIENTE NELLO SVILUPPO, NELLA PROGRESSIONE E NELLA METASTATIZZAZIONE DEL CANCRO DELLA PROSTATA</b> Moderatori: <i>Francesco Boccardo (Genova), Gigliola Sica (Roma)</i> <b>Colture organotipiche per lo studio di fattori genetici e del microambiente nello sviluppo e progressione del cancro della prostata</b> Relatore: <i>Roberto P. Revoltella (Pisa)</i> <b>Co-culture bidimensionali per lo studio delle relazioni epitelio-stroma nel cancro della prostata</b> Relatore: <i>Fortunata Iacopino (Roma)</i>
15.00-17.30	<b>Sala Sforza</b>
Laboratorio	<b>COMUNICAZIONE MEDICO PAZIENTE E LAVORO DI GRUPPO</b> (Necessaria preiscrizione in segreteria entro le ore 13 di mercoledì 24 giugno) Moderatore: <i>Alessandro Bertaccini (Bologna)</i> Conduttori: <i>Roberta Ceccarelli (Bologna), Daniela Cairoli (Milano), Simona Donegani (Milano)</i> <b>Divisione in due gruppi e svolgimento delle esercitazioni</b> <b>Restituzione collettiva delle esercitazioni</b>
15.30-16.30 *	<b>Sala Visconti</b>
Approfondimento 2	<b>TERAPIA MEDICA DEL CARCINOMA RENALE</b> Moderatori: <i>Giacomo Carteni (Napoli), Camillo Porta (Pavia)</i> <b>Pathways singoli o multipli</b> Relatore: <i>Giampaolo Tortora (Napoli)</i> <b>Nuovi farmaci e nuovi dati</b> Relatore: <i>Sergio Bracarda (Perugia)</i> <b>Come migliorare la "safety"</b> Relatore: <i>Giuseppe Procopio (Milano)</i>
16.30-17.00	<b>Sala Visconti</b>
AIOM Junior Lecture	<b>I TUMORI DEL SURRENE</b> Presenter: <i>Francesco Boccardo (Genova)</i> Relatore: <i>Marcello Tucci (Orbassano - TO)</i>

---

17.00-18.00	<b>Sala Visconti</b>
<b>Question time</b>	<b>NEOPLASIE VESCICALI NON MUSCOLO INVASIVE E WHO: 1973 O 2004?</b> Moderatori: <i>Antonio Lopez Beltran (Cordoba), Haluk Ozen (Ankara), Oscar Nappi (Napoli)</i> Relatori: <i>Pierfrancesco Bassi (Roma), Gregor Mikuz (Innsbruck), Rodolfo Montironi (Ancona)</i>
18.00-19.00	<b>Sala Visconti</b>
<b>Approfondimento 3</b>	<b>CARCINOMA PROSTATICO cT3</b> Moderatori: <i>Giuseppe Martorana (Bologna), Roberto Orecchia (Milano)</i> <b>Quando operare?</b> Relatore: <i>Patrizio Rigatti (Milano)</i> <b>Quando irradiare?</b> Relatore: <i>Giorgio Arcangeli (Roma)</i> <b>Presentazione e discussione di casi clinici</b> Relatori: <i>Nicola Longo (Napoli), Vittorio Vavassori (Varese)</i>

## Giovedì 25 giugno 2009

---

08.00-09.00	<b>Sala Visconti</b>
Comunicazioni brevi	<b>MISCELLANEA 1</b> Moderatori: <i>Giampaolo Zanetti (Milano), Alberto Lapini (Firenze)</i>
08.00-09.00	<b>Sala Sforza</b>
Comunicazioni brevi	<b>PROSTATA 3</b> Moderatori: <i>Domenico Prezioso (Napoli), Giovanni Rosti (Treviso)</i>
08.00-09.00	<b>Sala Borromeo</b>
Comunicazioni brevi	<b>MISCELLANEA 2</b> Moderatori: <i>Gina Lama (Roma), Fabio Manferrari (Bologna)</i>
09.00-10.30	<b>Sala Visconti</b>
Hot topics	<b>PENE E TESTICOLO</b> Moderatori: <i>Roberto Salvioni (Milano), Giorgio Carmignani (Genova)</i>
	<b>Testicolo-Fattori prognostici anatomo-patologici</b> Relatore: <i>Gregor Mikuz (Innsbruck)</i>
	<b>Testicolo-Ruolo della chirurgia</b> Relatore: <i>Nicola Nicolai (Milano)</i>
	<b>Testicolo-Trattamenti e qualità di vita</b> Relatore: <i>Giovanni Rosti (Treviso)</i>
	<b>Pene-Fattori prognostici anatomo-patologici</b> Relatore: <i>Maurizio Colecchia (Milano)</i>
	<b>Pene-Terapie conservative</b> Relatore: <i>Gaetano Bandieramonte (Milano)</i>
	<b>Pene-Metastasi linfonodali e valutazione del rischio/algoritmo di trattamento</b> Relatore: <i>Luigi Piva (Milano)</i>
10.30-11.00	<b>COFFEE BREAK</b>
11.00-12.15 *	<b>Sala Visconti</b>
Hot topics	<b>VESCICA 2: CARCINOMA UROTELIALE AVANZATO</b> Moderatori: <i>Vincenzo Altieri (Napoli), Renzo Colombo (Milano)</i>
	<b>Biologia del tumore e outcome</b> Relatore: <i>Antonio Lopez Beltran (Cordoba)</i>
	<b>Chemioterapia neo-adiuvante e adiuvante</b> Relatore: <i>Cora N. Sternberg (Roma)</i>
	<b>Follow-up</b> Relatore: <i>Haluk Ozen (Ankara)</i>
	<b>Discussione</b>
12.15-13.00	<b>Sala Visconti</b>
Meet the Professor <i>Mack Roach III, San Francisco</i>	<b>PROSTATE CANCER BRACHYTHERAPY: PAST, PRESENT AND FUTURE</b> Conduttore: <i>Alberto Bossi (Parigi)</i> Presenter: <i>Giovanni Fellin (Trento), Andrea Vavassori (Milano), Alessandro Colombo (Lecco)</i>
13.00-14.00	<b>LUNCH</b>



13.00-14.00	<b>Riunione Gruppo PRIAS-SIUro-ITA (Sala Direttivo SIURo)</b>
Pranzo di lavoro	Relatori: <i>Giario Conti (Milano), Riccardo Valdagni (Milano)</i>
14.00-14.30	<b>Sala Visconti</b>
Auro Junior Lecture	<b>IMPLICAZIONI CLINICHE DEI DERIVATI DEL PSA</b> Moderatore: <i>Giovanni Muto (Torino)</i> Relatore: <i>Angelo Naselli (Genova)</i>
14.00-15.00	<b>Area poster A</b>
Presentazione poster	Moderatori: <i>Nicola Longo (Napoli), Enrico Bollito (Orbassano - TO), Sergio Bracarda (Perugia), Cristiana Angelucci (Roma)</i>
14.00-15.00	<b>Area poster B</b>
Presentazione poster	Moderatori: <i>Roberto Bertini (Milano), Oscar Nappi (Napoli), Maria Flavia Di Renzo (Candiolo - TO), Giovanni Fellin (Trento), Alfredo Berruti (Torino)</i>
14.30-15.30	<b>Sala Visconti</b>
Approfondimento 4	<b>ACTIVE SURVEILLANCE: THE TWIGLIGHT ZONE</b> Moderatori: <i>Paolo Puppo (Genova), Francesco Rocco (Milano)</i> Relatore: <i>Chris H. Bangma (Rotterdam)</i> Relatore: <i>Massimo Maffezzini (Genova)</i>
15.00-17.00	<b>Sala Sforza</b>
Corso	<b>CHIRURGIA ONCOLOGICA ROBOTICA</b>
	<b>Prostata</b> Moderatori: <i>Walter Artibani (Padova), Giorgio Guazzoni (Milano)</i>
	<b>Posizionamento paziente, porte operative e organizzazione della sala operatoria</b> Relatore: <i>Gennaro Musi (Milano)</i>
	<b>Prostatectomia robotica nerve sparing: tecnica Università Vita-Salute H San Raffaele</b> Relatore: <i>Andrea Cestari (Milano)</i>
	<b>Prostatectomia radicale robotica nerve sparing: tecnica "Clipless" Università di Padova</b> Relatore: <i>Walter Artibani (Padova)</i>
	<b>Confronto tra LRP vs RALP</b> Relatore: <i>Francesco Porpiglia (Torino)</i>
	<b>Prostatectomia radicale robotica: la nuova frontiera nel trattamento della neoplasia prostatica localizzata? I risultati</b> Relatore: <i>Ottavio De Cobelli (Milano)</i>
	<b>Conservazione della continenza precoce in corso di prostatectomia radicale: tecnica e risultati</b> Relatore: <i>Francesco Rocco (Milano)</i>
	<b>Discussione</b>
	<b>Rene</b> Moderatori: <i>Walter Artibani (Padova), Francesco Porpiglia (Torino)</i>
	<b>Posizionamento paziente, porte operative e organizzazione della sala operatoria</b> Relatore: <i>Nicolò M. Buffi (Milano)</i>
	<b>Tumorectomia renale: tecnica chirurgica, indicazioni e risultati</b> Relatore: <i>Giorgio Guazzoni (Milano)</i>
	<b>Discussione</b>
	<b>Vescica</b> Moderatori: <i>Walter Artibani (Padova), Francesco Porpiglia (Torino)</i>
	<b>Posizionamento paziente, porte operative e organizzazione della sala operatoria</b> Relatore: <i>Nicolò M. Buffi (Milano)</i>
	<b>Cistectomia radicale robotica: tecnica chirurgia, indicazioni e risultati</b> Relatore: <i>Nicolò M. Buffi (Milano)</i>

**Discussione**  
**Conclusioni**  
 Relatore: *Walter Artibani (Padova)*

15.30-16.30

**Sala Visconti**

Approfondimento 5

**RADIOTERAPIA DEL CANCRO ALLA PROSTATA**  
 Moderatori: *Luca Cionini (Pisa), Alberto Lapini (Firenze)*

**La protonterapia è il futuro?**  
 Relatore: *Roberto Orecchia (Milano)*

**Frazionamento: si, no, come?**  
 Relatore: *Mack Roach III (San Francisco)*

16.30-17.00

**Sala Visconti**

AIRO Junior Lecture

**RADIOTERAPIA POST-OPERATORIA NEL CARCINOMA PROSTATICO: CERTEZZE ACQUISITE E QUESTIONI (ANCORA) APERTE**  
 Presenter: *Paolo Muto (Napoli)*  
 Relatore: *Filippo Alongi (Milano)*

17.00-19.00

**Sala Visconti**

Panel multidisciplinare

**RISCHI E BENEFICI: VALUTAZIONE DEI RISCHI DEI TRATTAMENTI MEDICI DEL CARCINOMA PROSTATICO**  
 Moderatori: *Alfredo Berruti (Torino), Alberto Scanni (Milano)*

**Il rischio, questo sconosciuto**  
 Relatore: *Giovanni L. Pappagallo (Venezia)*

**Complessità della deprivazione androgenica**  
 Relatore: *Massimo Maffezzini (Genova)*

**Bone health e management: proteggere l'osso da rischi iatrogeni**  
 Relatore: *Francesco Bertoldo (Verona)*

**Bone health e management: difendere l'osso dalle metastasi. Rischi e benefici**  
 Relatore: *Cinzia Ortega (Candiolo - TO)*

**Chemioterapia nel carcinoma prostatico ormonorefrattario: centralità del rischio nel decision making dell'urologo e dell'oncologo**  
 Relatore: *Sergio Bracarda (Perugia)*

**Discussione**

17.00-18.00

**Sala Sforza**

Corso

**BIOPSIA PROSTATICA E RENALE (SIEUN)**  
 Moderatori: *Andrea Fandella (Treviso), Carlo Trombetta (Trieste)*  
 Presentazione Relatore: *Pasquale Martino (Bari)*

**Biopsia del rene**  
 Relatore: *Pietro Pavlica (Bologna)*

**Ecocolordoppler e biopsia**  
 Relatore: *Daniele Maruzzi (Pordenone)*

**Mezzi di contrasto e biopsia**  
 Relatore: *Vincenzo Scattoni (Milano)*

**Novità nell'imaging ecografico della prostata**  
 Relatore: *Pasquale Martino (Bari)*

**Biopsia prostatica ed elastosonografia**  
 Relatore: *Paolo Consonni (Busto Arsizio - VA)*

**RMN, spettroscopia e biopsia**  
 Relatore: *Giuseppe D'Eramo (Roma)*

**Discussione**

18.00-18.30	<b>Sala Sforza</b>
Meeting Gruppo Biopsia Prostatica	<b>DIAGNOSI DIFFERENZIALE TRA IPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA E NEOPLASIA</b> Presenter: <i>Andrea Fandella (Treviso)</i> Relatore: <i>Alessandro Bertaccini (Bologna)</i>

19.00-20.00	<b>Sala Visconti</b>
Assemblea Ordinaria	<b>CONSEGNA PREMI MIGLIORI COMUNICAZIONI E POSTER</b>

09.00-18.00	<b>Sala Borromeo</b>
Corso per infermieri	<p><b>L'INFERMIERE RISPETTO A TECNOLOGIA E ASPETTI PRATICI CORRELATI ALL'ONCOLOGIA UROLOGICA</b></p> <p><b>I sessione:</b> Moderatori: <i>Maria Teresa La Sala (Torino)</i>, <i>Giusta Greco (Fossoli di Carpi - MO)</i>, <i>Vanessa Bonalumi (Milano)</i></p> <p><b>Il cancro e le sue voci</b></p> <hr/> <p><b>L'oncologia e i problemi correlati: clinici</b> Relatore: <i>Alfredo Berruti (Torino)</i></p> <p><b>L'oncologia e i problemi correlati: assistenziali</b> Relatore: <i>Giusta Greco (Fossoli di Carpi - MO)</i></p> <p><b>Da Vinci: nuova tecnologia in campo chirurgico</b></p> <hr/> <p><b>Interventi chirurgici: le nuove sfide organizzative e gestionali in ambito chirurgico</b> Relatore: <i>Nicolò Maria Buffi (Milano)</i></p> <p><b>Corso pratico: l'esperienza attraverso chi ha già utilizzato questa strumentazione filmato</b></p> <p><b>La robotica e l'assistenza: utilizzo, gestione, manutenzione</b> Relatore: <i>Vanessa Bonalumi (Milano)</i></p> <p><b>L'infermiere: come cambiano i ruoli</b> Relatore: <i>Marta Arnau Canton (Milano)</i></p> <p><b>Il sessione:</b> Moderatori: <i>Domenico Prezioso (Napoli)</i>, <i>Maria Teresa La Sala (Torino)</i>, <i>Alberto Scanni (Milano)</i></p> <p><b>Aspetti pratici legati alle patologie tumorali</b></p> <hr/> <p><b>L'assistenza psicologica</b> Relatore: <i>Roberta Ceccarelli (Bologna)</i></p> <p><b>Bisogni assistenziali: dopo la tecnologia resta la malattia le dimissioni protette</b> Relatore: <i>Cinzia Garofalo (Milano)</i></p> <p><b>I diritti di chi è colpito da un tumore</b> Relatore: <i>Domenico Prezioso (Napoli)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'assistenza domiciliare</li> <li>- Pensione di inabilità e assegno di invalidità civile</li> <li>- Indennità di accompagnamento</li> <li>- Permessi di lavoro</li> <li>- Rapporto di lavoro a tempo parziale</li> <li>- Contrassegno di libera circolazione e di sosta</li> </ul> <p><b>L'oncologia oltre l'ambiente "protetto" dell'ospedale: assistenza e territorio</b></p> <p><b>Fuori dall'ospedale si cade nella "rete" dei servizi</b> Relatore: <i>Silvia Bottega (Milano)</i></p> <p><b>Collaborazioni multidisciplinari: il segreto per una buona riuscita</b> Relatore: <i>Maria Teresa La Sala (Torino)</i></p> <p><b>Conclusioni</b></p>

## Venerdì 26 giugno 2009

08.00-09.45	<b>Sala Visconti</b>
Hot topics	<p><b>PROSTATA 2</b> Moderatori: <i>Ottavio De Cobelli (Milano), Carlo Terrone (Orbassano)</i></p> <p><b>To bleed or not to bleed: profilo genico e tossicità da radioterapia</b> Relatore: <i>Tiziana Rancati (Milano)</i></p> <p><b>Minimally invasive surgery versus open radical prostatectomy</b> Relatore: <i>Karim Touijer (New York)</i></p> <p><b>Predictive models in medical oncology</b> Relatore: <i>Cesary Szczylik (Varsavia)</i></p> <p><b>5-ARI e chemioprevenzione</b> Relatore: <i>Sebastiano Spatafora (Reggio Emilia)</i></p> <p><b>Discussione</b></p>
09.45-10.30	<b>Sala Visconti</b>
Meet the Professor Cesary Szczylik, Varsavia	<p><b>A PARADIGM SWITCH IN TARGETED THERAPIES OF MRCC</b> Conduttore: <i>Sergio Bracarda (Perugia)</i> Presenter: <i>Vincenzo Ficarra (Verona), Giuseppe Procopio (Milano), Enzo M. Ruggeri (Roma)</i></p>
10.30-11.00	<b>COFFEE BREAK</b>
11.00-12.30 *	<b>Sala Visconti</b>
Hot topics	<p><b>RENE</b> Moderatori: <i>Sergio Bracarda (Perugia), Cora N. Sternberg (Roma)</i></p> <p><b>Predictive models</b> Relatore: <i>Michael W. Kattan (Cleveland)</i></p> <p><b>Screening genetico dei tumori del rene</b> Relatore: <i>Mariaflavia Di Renzo (Candiolo - TO)</i></p> <p><b>Fattori predittivi patologici e morfologici</b> Relatore: <i>Guido Martignoni (Verona)</i></p> <p><b>Discussione</b></p>
12.30-13.00 *	<b>Sala Visconti</b>
SIAPEC / IAP Junior Lecture	<p><b>STUDIO DELLA PSEUDO-CAPSULA TUMORALE NEL CARCINOMA RENALE: ASPETTI DIAGNOSTICI E IMPLICAZIONI PROGNOSTICO-TERAPEUTICHE</b> Presenter: <i>Gianluigi Taddei (Firenze)</i> Relatore: <i>Maria Rosaria Raspollini (Firenze)</i></p>
13.00-14.00	<b>Sala Visconti</b>
Approfondimento 6	<p><b>TECNICHE DI EMOSTASI IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA RENALE</b> (con video ad invito) Moderatori: <i>Edoardo Austoni (Milano), Marco Carini (Firenze)</i> Relatore: <i>Franco Gaboardi (Milano)</i> Relatore: <i>Luigi Schips (Vasto - CH)</i> Relatore: <i>Roberto Sanseverino (Nocera Inferiore - SA)</i></p> <p><b>CHIUSURA DEL CONGRESSO</b></p>

## TIMETABLES

## Martedì 23 Giugno 2009

	Sala Visconti	Sala Sforza	Sala Borromeo
10.00-10.30	Iscrizioni - Apertura del Congresso		
10.30-11.00			
11.00-11.30	Corso Ricerca di base * <i>Marcatori urinari e sierici nel carcinoma prostatico: presente e futuro</i>	Corso qualità di vita <i>Disfunzioni erettili e sessuali correlate ai trattamenti oncologici</i>	Corso Urologia * <i>Lesioni non tumorali formanti massa e mimi</i>
11.30-12.00			
12.00-12.30			
12.30-13.00			
13.00-13.30	Lunch		
13.30-14.00			
14.00-14.30	Comunicazioni brevi Prostata 1	Comunicazioni brevi Vescica e via escrettrice	Comunicazioni Rene
14.30-15.00			
15.00-15.30	Simposio Ge Healthcare	Simposio Roche	
15.30-16.00			
16.00-16.30	Lettura Ferring	Lettura Bayer	
16.30-17.00		Lettura Sofar	
17.00-17.30	Simposio Novartis	Simposio Edap Technomed	
17.30-18.00			
18.00-18.30	Giuliani Lecture (Michael Donovan)		
18.30-19.00	Siuro Lecture * (Per-Anders Abrahamsson)		
19.00-19.30	Cerimonia inaugurale e happy hour di benvenuto		
19.30-20.00			

## Mercoledì 24 Giugno 2009

	Sala Visconti	Sala Sforza	Sala Borromeo	Area Poster A	Area Poster B
8.00-9.00	Comunicazioni <i>Prostata 2</i>	Comunicazioni <i>Vescica</i>	Comunicazioni <i>Pene e testicolo</i>		
9.00-10.00	Hot Topics * <i>Vescica 1</i>			Poster (Esposizione)	Poster (Esposizione)
10.00-10.30					
10.30-11.00	Coffee break				
11.00-11.30	Hot Topics * <i>Prostata 1</i>			Poster (Esposizione)	Poster (Esposizione)
11.30-12.00					
12.00-12.15					
12.15-13.00	Meet the Professor (Karim Touijer)				
13.00-13.30	Riunione Gruppo linfadenectomia (Sala Direttivo SIUrO) PROPOSTA DI TRIAL SIUrO: LINFADENECTOMIA PELVICA E RETROPERITONEALE PER METASTASI LINFONODALI DIAGNOSTICATE MEDIANTE PET/TC				
13.30-14.00	LUNCH				
14.00-14.30	SIU Junior Lecture			Poster Presentazione	Poster Presentazione
14.30-15.00	Approfondimento 1 * <i>Fattori genetici e microambiente nello sviluppo, progressione e metastatizzazione del cancro della prostata</i>				
15.00-15.30		Laboratorio comunicazione medico paziente e team-working Gruppo A (limitato a 15/20 persone under 45, in 2 gruppi)	Laboratorio comunicazione medico paziente e team-working Gruppo B (limitato a 15/20 persone under 45, in 2 gruppi)	Poster Esposizione	Poster Esposizione
15.30-16.00	Approfondimento 2 * <i>Terapia medica del carcinoma renale</i>				
16.00-16.30	AIOM Junior Lecture				
16.30-17.00					
17.00-17.30	Question time: Neoplasie Vescicali non muscolo-invasive e WHO: 1973 o 2004?				
17.30-18.00					
18.00-18.30	Approfondimento 3 <i>Carcinoma prostatico cT3: quando operare?</i>				
18.30-19.00	<i>Quando irradiare?</i>				

## Giovedì 25 Giugno 2009

	Sala Visconti	Sala Sforza	Sala Borromeo	Area Poster A	Area Poster B
8.00-9.00	Comunicazioni <i>Miscellanea</i>	Comunicazioni brevi <i>Prostata 3</i>	Comunicazioni <i>Miscellanea</i>		
9.00-10.00	Hot Topics <i>Pene e Testicolo</i>		Corso Infermieri	Poster (Esposizione)	Poster (Esposizione)
10.00-10.30					
10.30-11.00	Coffee break				
11.00-11.30	Hot Topics * <i>Vescica 2</i>		Corso Infermieri	Poster (Esposizione)	Poster Esposizione
11.30-12.00					
12.00-12.15					
12.15-13.00	Meet the Professor (Mack Roach III)				
13.00-13.30	Riunione Gruppo PRIAS-SIUO-ITA (Sala Direttivo SIUO)				
13.30-14.00	LUNCH				
14.00-14.30	AURO Junior Lecture			Poster Presentazione	Poster Presentazione
14.30-15.00	Approfondimento 4 <i>Active Surveillance: the twilight</i>				
15.00-15.30					
15.30-16.00	Approfondimento 5 <i>Radioterapia del cancro della prostata</i>	Corso Chirurgia robotica	Corso Infermieri	Poster Esposizione	Poster Esposizione
16.00-16.30					
16.30-17.00	AIRO Junior Lecture				
17.00-17.30	Panel multidisciplinare <i>Rischi e benefici: valutazione dei rischi dei trattamenti medici del carcinoma prostatico</i>	Corso biopsia prostatica e renale (SIEUN)			
17.30-18.00					
18.30-19.00					
19.00-20.00	Assemblea e consegna premi				

## Venerdì 26 Giugno 2009

	<b>Sala Visconti</b>
8.00-8.30	<b>Hot Topics Prostata 2</b>
8.30-9.00	
9.00-9.45	
9.45-10.00	<b>Meet the Professor (Cesary Szczylik)</b>
10.00-10.30	
10.30-11.00	<b>Coffee break</b>
11.00-11.30	<b>Hot Topics * Rene</b>
11.30-12.00	
12.00-12.30	
12.30-13.00	<b>SIAPEC/IAP Junior Lecture *</b>
13.00-13.30	<b>Approfondimento 6 Tecniche di emostasi in chirurgia laparoscopica renale</b>
13.30-14.00	



## SESSIONI

**Martedì 23 Giugno 2009 ore 14.00-15.00**

### **Sala Visconti: Comunicazioni brevi - Prostata 1**

Moderatori Luigi Da Pozzo (Bergamo), Vittorio Vavassori (Varese)

#### **12 - BRACHITERAPIA HDR PER RECIDIVA LOCALE DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO DOPO RADIOTERAPIA ESTERNA**

*Bossi A.<sup>1</sup>, Verstraet R.<sup>2</sup>, Aghili M.<sup>1,3</sup>*

<sup>1</sup>Dipartimento di Radioterapia Oncologica, Institut Gustave Roussy, Villejuif, Francia; <sup>2</sup>Servizio di Fisica Medica, Institut Gustave Roussy, Villejuif, Francia; <sup>3</sup>Dipartimento di Radioterapia, National Cancer Institute, Tehran, Iran

#### **51 - CONCORDANZA DEI REPORT PATOLOGICI NELLE REVISIONI DELLE BIOPSIE PROSTATICHE DI PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA INCLUSI IN PROTOCOLLI DI SORVEGLIANZA ATTIVA PRESSO L'ISTITUTO DEI TUMORI**

*Colecchia M.<sup>1</sup>, Nicolai N.<sup>2</sup>, Stagni S.<sup>2</sup>, BIASONI D.<sup>2</sup>, Torelli T.<sup>2</sup>, Salvioni R.<sup>2</sup>, Magnani T.<sup>3</sup>, Rancati T.<sup>3</sup>, Villa S.<sup>4</sup>, Bedini N.<sup>4</sup>, Valdagni R.<sup>3</sup>*  
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; <sup>1</sup>Dipartimento di Patologia; <sup>2</sup>UO Urologia; <sup>3</sup>Programma Prostata; <sup>4</sup>Radioterapia

#### **52 - L'UTILIZZO DELL'ECO-COLOR DOPPLER ASSOCIATO O MENO AL MEZZO DI CONTRASTO ECOGRAFICO (SONOVUE TM) NON MODIFICA LA DETECTION RATE RISPETTO ALLA BIOPSIA SISTEMATICA**

*Taverna G.L.<sup>1</sup>, Morandi G.<sup>2</sup>, Grizzi F.<sup>3</sup>, Seveso M.<sup>1</sup>, Benetti A.<sup>1</sup>, Corinti M.<sup>1</sup>, Piccinelli A.<sup>1</sup>, Giusti G.<sup>1</sup>, Minuti F.<sup>3</sup>, Zandegiacomo S.<sup>1</sup>*  
*Maugeri O.<sup>1</sup>, Franceschini B.<sup>3</sup>, Graziotti P.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Istituto Clinico Humanitas, U.O. di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Clinico Humanitas, U.O di Ecografia; <sup>3</sup>Istituto Clinico Humanitas, Direzione Scientifica

#### **134 - FORME MOLECOLARI DELL'ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) IN CAMPIONI BIOLOGICI UMANI E NELLA LINEA CELLULARE DI ADENOCARCINOMA DELLA PROSTATA LNCaP**

*Altieri V.<sup>1</sup>, Di Lorenzo G.<sup>2</sup>, Montanaro V.<sup>2</sup>, Marsicano M.<sup>2</sup>, Ceglia A.<sup>1</sup>, Castelluzzo G.<sup>1</sup>, Castaldo L.<sup>1</sup>, Tronino M.<sup>1</sup>, Terracciano D.<sup>2</sup>, Mazzarella C.<sup>3</sup>, Mariano A.<sup>3</sup>, Macchia V.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Urology Clinic, Federico II University, Naples, Italy; <sup>2</sup>Oncology Division, Federico II University, Naples, Italy; <sup>3</sup>Dipartimento di Biologia e Patologia cellulare e molecolare "L. Califano" Università di Napoli "Federico II"

#### **147 - NOMOGRAMMA PER LO SCREENING DEL TUMORE PROSTATICO**

*Benecchi L., Pieri A.M., Pastizzaro C.D., Potenzoni M., Prati A., Savino A., Uliano N., Pieri N., Potenzoni D., Arnaudi R.*  
Divisione di Urologia Ospedale di Fidenza (Parma)

#### **148 - LA LOGICA IMPERFETTA (FUZZY INFERENCE SYSTEM SUGENO-TYPE) NELLA DIAGNOSI DEL TUMORE PROSTATICO**

*Benecchi L., Pieri A.M., Pastizzaro C.D., Potenzoni M., Prati A., Savino A., Uliano N., Pieri I., Potenzoni D., Arnaudi R.*  
Divisione di Urologia Ospedale di Fidenza (Parma)

#### **53 - RE-CHALLENGE WITH DOCETAXEL (DOC) BASED CHEMOTHERAPY IN PATIENTS (PTS) WITH HORMONE-REFRACTORY PROSTATE CANCER (HRPC) WHO HAVE RESPONDED TO THE FIRST-LINE DOC: A MONO-INSTITUTIONAL EXPERIENCE**

*Caffo O., Murgia V., Arcuri C., Valduga F., Ambrosini G., Brugnara S., Caldara A., Ferro A., Frisinghelli M., Soini B., Galligioni E.*  
Medical Oncology Department - Santa Chiara Hospital

#### **198 - MORE RESTRICTIVE RECTAL DOSE-VOLUME CONSTRAINTS SHOULD BE APPLIED TO 3D-CRT PROSTATE CANCER PATIENTS WHO UNDERWENT PREVIOUS ABDOMINAL SURGERY**

*Rancati T.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>1</sup>, Fiorino C.<sup>2</sup>, Fellin G.<sup>3</sup>, Vavassori V.<sup>4</sup>, Cagna E.<sup>5</sup>, Mauro F.A.<sup>6</sup>, Maliverni G.<sup>7</sup>, Girelli G.<sup>8</sup>*

<sup>1</sup>Programma Prostata Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, <sup>2</sup>Fisica Sanitaria - Ospedale San Raffaele di Milano, <sup>3</sup>Radioterapia - Ospedale Santa Chiara di Trento, <sup>4</sup>Radioterapia - Ospedale di Circolo di Varese, <sup>5</sup>Radioterapia - Ospedale Sant'Anna di Como, <sup>6</sup>Radioterapia - Villa Maria Cecilia di Lugo di Romagna, <sup>7</sup>Radioterapia, Istituto per la Ricerca e Cura del Cancro di Candiolo, <sup>8</sup>Ospedale ASL 9 di Ivrea

#### **203 - STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO SULLA COMPARAZIONE TRA APPROCCIO ANTEROGRADO VS RETROGRADO ALLA PROSTATECTOMIA RADICALE: RISULTATI IN RELAZIONE AI MARGINI CHIRURGICI.**

*Sciarra A., Gentilucci A., Salciccia S., Cristini C., Von Heland M., Parente A., Alfaroni U., Di Silverio F., Gentile V.*  
Dipartimento di urologia Università Sapienza di Roma

#### **204 - ACTIVE SURVEILLANCE PROTOCOL IN LOW-RISK PATIENTS WITH PROSTATIC CANCER: PRELIMINARY ANALYSIS OF VARIABLES ASSOCIATED WITH DEFERRED TREATMENT**

*Stagni S.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>2</sup>, Villa S.<sup>3</sup>, Giganti M.O.<sup>2</sup>, Rancati T.<sup>2</sup>, Nicolai N.<sup>1</sup>, Donegani S.<sup>2</sup>, Bedini N.<sup>3</sup>, Catena L.<sup>4</sup>, Procopio G.<sup>4</sup>, Magnani T.<sup>2</sup>, BIASONI D.<sup>2</sup>, Torelli T.<sup>1</sup>, Valvo F.<sup>3</sup>, Spatuzzi A.L.<sup>2</sup>, Catanzaro M.<sup>1</sup>, Visini R.<sup>2</sup>, Salvioni R.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Urologia - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, <sup>2</sup>Programma Prostata - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, <sup>3</sup>Radioterapia - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, <sup>4</sup>Oncologia Medica - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

**206 - IMMUNOMAGNETIC QUANTIFICATION OF CIRCULATING TUMOUR CELLS (CTCs) AS NEW PROGNOSTIC AND PREDICTIVE FACTOR IN CASTRATION RESISTANT PROSTATE CANCER (CRPC): PRELIMINARY RESULTS**

Verri E.<sup>1</sup>, Cossu Rocca M.<sup>1</sup>, Sandri M.T.<sup>2</sup>, Marengi C.<sup>1</sup>, Botteri E.<sup>3</sup>, Adamoli L.<sup>1</sup>, Revuelta M.<sup>1</sup>, Curigliano G.<sup>1</sup>, De Cobelli O.<sup>4</sup>, Rocco B.<sup>4</sup>, Zorzino L.<sup>2</sup>, Cassatella M.C.<sup>2</sup> and Nolè F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Division of Medical Oncology, Unit for Medical Care; <sup>2</sup>Unit of Laboratory Medicine; <sup>3</sup>Division of Epidemiology and Biostatistics; <sup>4</sup>Division of Urology, European Institute of Oncology, Milan,

**207 - VACCINATION WITH SURVIVIN AND PSMA-DERIVED PEPTIDES: A PILOT STUDY IN PROSTATE CANCER PATIENTS FAILING RADIOTHERAPY OR SURGERY**

Villa S.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>2</sup>, Rivoltini L.<sup>3</sup>, Marrari A.<sup>4</sup>, Squarcina P.<sup>3</sup>, Filipazzi P.<sup>3</sup>, Salvioni R.<sup>5</sup>, Rancati T.<sup>2</sup>, Asioli M.<sup>3</sup>, Parmiani G.<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Radioterapia - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano; <sup>2</sup>Programma Prostata - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano; <sup>3</sup>Unità di Immunoterapia dei Tumori Umani - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano; <sup>4</sup>Oncologia Medica - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano; <sup>5</sup>Urologia - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano; <sup>6</sup>Immuno-bioterapia del Melanoma e dei Tumori Solidi - Istituto Scientifico San Raffaele di Milano

Martedì 23 Giugno 2009 ore 14.00-15.00

**Sala Sforza: Comunicazioni brevi - Vescica e via escretrice**

Moderatori: Salvatore Siracusano (Trieste), Giovanni Fellin (Trento)

**1 - CONTRIBUTO DEL TEST uCYT NELLA DIAGNOSI E NEL FOLLOW UP DEL CARCINOMA A CELLULE TRANSIZIONALI DELLA VESCICA (UC)**

Bernardi A.<sup>1</sup>, Berno E.<sup>2</sup>, Gussio M.<sup>1</sup>, Lovadina P.<sup>1</sup>, Luparia P.<sup>1</sup>, Morabito F.<sup>3</sup>, Berardengo E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.C. Anatomia Patologica <sup>4</sup> Presidio San Giovanni Antica Sede AOU Molinette Torino <sup>2</sup>S.C. Oncologia Ospedale Gradenigo Torino <sup>3</sup>S.C. Urologia Ospedale Cardinal Massaia, Asti

**7 - EFFICACIA DEL MANTENIMENTO MENSILE PER UN ANNO IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHEMIOTERAPIA ENDOVESICALE PER 6 SETTIMANE CON INIZIO ENTRO 24 ORE DALLA TUR DI UROTELIONI VESICALI A RISCHIO INTERMEDIO**

Serretta V.<sup>1</sup>, Morgia G.<sup>2</sup>, Altieri V.<sup>3</sup>, Di Lallo A.<sup>4</sup>, Carrieri G.<sup>5</sup>, Salzano L.<sup>6</sup>, Battaglia M.<sup>7</sup>, Falsaperla M.<sup>8</sup>, Masala A.<sup>9</sup>, Iadevaia M.<sup>10</sup>, Ruggiero G.<sup>11</sup>, Annese P.<sup>12</sup>, Contino G.<sup>13</sup>, Melloni D.<sup>14</sup>

<sup>1</sup>Ist Urol. Università di Palermo; <sup>2</sup>Ist Urol. Università di Messina; <sup>3</sup>Ist Urol. Università di Napoli; <sup>4</sup>Osp Civ. Div. Urol.-Campobasso; <sup>5</sup> Ist Urol. Università di Foggia; <sup>6</sup>Osp Civ. Rummo -Div Urol- Benevento; <sup>7</sup>Ist Urol. Università di Bari; <sup>8</sup>Ist Urol. Università di Catania; <sup>9</sup>Osp. Civ. Cardarelli-Div Urol-Napoli; <sup>10</sup>Osp Civ. Div. Urol-Maddaloni (CE); <sup>11</sup>Osp Civ. Gepos Div. Urol-Telesse Terme (CE); <sup>12</sup>Osp. Civ. -Div Urol-Matera; <sup>13</sup>Osp Civ. Cervello Div Urol-Palermo; <sup>14</sup>Dip. Scienze

**26 - GENOTIPI, APLOTIPI DEL FATTORE DI CRESCITA ENDOTELIO VASCOLARE (VEGF) E RISCHIO DI TUMORE VESICALE**

Longo F.<sup>1</sup>, Biondi M.L.<sup>2</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>, Murano M.<sup>2</sup>, Pacciolla R.<sup>2</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica urologica III Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano; <sup>2</sup>USD Diagnostica Molecolare Infettivologica Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano

**71 - ESPRESSIONE DI HSP90 COME FATTORE PREDITTIVO NELLA NEOPLASIA VESICALE NON MUSCOLO INVASIVA DI ALTO GRADO**

Longo F.<sup>1</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>, Del Nero A.<sup>1</sup>, Mangiarotti B.<sup>2</sup>, Gazzano G.<sup>2</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica III - Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano; <sup>2</sup>Cattedra di anatomia ed istologia patologica II - Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano

**84 - UNA LINFOADENECTOMIA ESTESA MIGLIORA LA PROGnosi DEI PAZIENTI CON CARCINOMA TRANSIZIONALE DELL'ALTA VIA ESORETRICE SENZA METASTASI LINFONODALI.**

Roscigno M., Shariat S.F.<sup>3</sup>, Bertini R.<sup>8</sup>, Strada E.<sup>3</sup>, Petraia G.<sup>3</sup>, Sozzi F.<sup>3</sup>, Karakiewicz P., Suardi N.<sup>12</sup>, Margulis V.<sup>12</sup>, Remzi M.<sup>2</sup>, Zigeuner R.<sup>1</sup>, Bolenz C.<sup>5</sup>, Kikuchi E.<sup>7</sup>, Weizer A.<sup>4</sup>, Bensalah K.<sup>6</sup>, Koppie M.T.<sup>13</sup>, Raman J.<sup>9</sup>, Fernandez M.<sup>10</sup>, Strabel P.<sup>11</sup>, Langner C.<sup>7</sup>, Haitel A.<sup>5</sup>, Wood C.G.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>3</sup>, Rigatti P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University of Vienna, Vienna, Austria; <sup>2</sup>University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA; <sup>3</sup>Vita-Salute University, Milan, Italy; <sup>4</sup>Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan; <sup>5</sup>Medical University Graz, Graz, Austria; <sup>6</sup>University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA; <sup>7</sup>Universität tschlinikum Mannheim, Mannheim, Germany; <sup>8</sup>University of Texas Southwestern Dallas, TX, USA; <sup>9</sup>University of California Davis, Sacramento, CA, USA; <sup>10</sup>Cornell University, New York, NY, USA; <sup>11</sup>Clinica Alemana de Santiago, Santiago de Chile, Chile; <sup>12</sup>University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada; <sup>13</sup>University of Rennes, Rennes, France

**97 - QUAL È IL NUMERO MINIMO DI LINFONODI CHE È NECESSARIO ASPORTARE DURANTE LA NEFROURETERECTOMIA RADICALE PER STADIARE CORRETTAMENTE I PAZIENTI CON CARCINOMA UROTELIALE DELL'ALTA VIA ESORETRICE?**

Roscigno M., Shariat S. F.<sup>3</sup>, Bertini R.<sup>8</sup>, Strada E.<sup>3</sup>, Petraia G.<sup>3</sup>, Angiolilli D.<sup>3</sup>, Pierre K., Suardi N.<sup>12</sup>, Margulis V.<sup>12</sup>, Remzi M.<sup>2</sup>, Zigeuner R.<sup>1</sup>, Bolenz C.<sup>5</sup>, Kikuchi E.<sup>7</sup>, Weizer A.<sup>4</sup>, Bensalah K.<sup>6</sup>, Koppie T. M.<sup>13</sup>, Raman J.<sup>9</sup>, Fernandez M.<sup>10</sup>, Strabel P.<sup>11</sup>, Langner C.<sup>7</sup>, Haitel A.<sup>5</sup>, Wood C.G.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>2,3</sup>, Rigatti P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University of Vienna, Vienna, Austria; <sup>2</sup>University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA; <sup>3</sup>Vita-Salute University, Milan, Italy; <sup>4</sup>Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan; <sup>5</sup>Medical University Graz, Graz, Austria; <sup>6</sup>University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA; <sup>7</sup>Universität tschlinikum Mannheim, Mannheim, Germany; <sup>8</sup>University of Texas Southwestern Dallas, TX, USA; <sup>9</sup>University of California Davis, Sacramento, CA, USA; <sup>10</sup>Cornell University, New York, NY, USA; <sup>11</sup>Clinica Alemana de Santiago, Santiago de Chile, Chile; <sup>12</sup>University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada; <sup>13</sup>University of Rennes, Rennes, France

**116 - INTRAVESICAL MITOMYCIN C COMBINED WITH HYPERTHERMIA FOR PATIENTS WITH T1G3 TRANSITIONAL CELL CARCINOMA OF THE BLADDER**

Colombo R.<sup>1</sup>, Zanni G.<sup>1</sup>, Gallina G.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Maccagnano C.<sup>1</sup>, Pel Lucchi F.<sup>1</sup>, Halachmi S.<sup>2</sup>, Moskovitz B.<sup>2</sup>, Maffezzini M.<sup>3</sup>, Conti G.<sup>4</sup>, Verweij F.<sup>5</sup>, Sandri S.<sup>6</sup>, Kedar D.<sup>7</sup>, Nativ O.<sup>7</sup>

<sup>1</sup>University "Vita-Salute" San Raffaele, Milan, <sup>2</sup>Bnai Zion Medical Center, Haifa, Israel, <sup>3</sup>Galliera Hospital, Genova, Italy, <sup>4</sup>St. Anna Hospital, Como, Italy, <sup>5</sup>European Institute of Oncology, Milan, Italy, <sup>6</sup>Magenta Hospital, Magenta, Italy, <sup>7</sup>Rabin Medical Center, Petah-Tikva

**128 - PROFILASSI CON SOLIFENACINA DURANTE LA SOMMINISTRAZIONE DELLA CHEMIOTERAPIA INTRA VESCICALE: STUDIO PROSPETTICO RANDOMIZZATO**

Saccomanni M.<sup>1</sup>, Parziani S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>U.O. di Urologia Ospedale G.B.Morgagni-L.Pierantoni, Forlì - <sup>2</sup>U.O. di Urologia Ospedale S.G. Battista, Foligno

**152 - LA CISTECTOMIA RADICALE CON RISPARMIO DI PROSTATA E VIE SEMINALI E CONFEZIONAMENTO DI NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA È ANCORA UNA VALIDA OPZIONE PER PAZIENTI, GIOVANI E SELEZIONATI, AFFETTI DA NEOPLASIA**

Brausi M.<sup>1</sup>, Heindereich A.<sup>2</sup>, De Luca G.<sup>1</sup>, Gavioli M.<sup>1</sup>, Peracchia G.<sup>1</sup>, Verrini G.<sup>1</sup>, Giliberto G.L.<sup>1</sup>, Viola M.<sup>1</sup>, Simonini G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ausl Modena (Carpi), U.O. Urologia, <sup>2</sup>University of Koln, Dept. of Urology, Koln, Germany

**160 - RESEZIONE ENDOSCOPICA DI NEOPLASIA VESCICALE IN PAZIENTI IN DOPPIA TERAPIA ANTIAGGREGANTE (CARDIOASPIRINA + CLOPIDOGREL)**

Carmignani L., Picozzi S., Stubinski R., Bozzini G., Lunelli L., Marengi C., Arena D.  
Divisione Universitaria di Urologia, IRCCS Policlinico San Donato, Università di Milano

**170 - NEOVESCICA ILEALE PERUGINA: RISULTATI A LUNGO TEMINE**

Del Zingaro M., Giannantoni A., Costantini E., Joannidou K., Mearini E., Mearini L., Zucchi A., Cochetti G., Porena M.

Clinica Urologica ed Andrologica Università degli Studi di Perugia Direttore Prof. Massimo

**197 - SECONDA RESEZIONE ENDOSCOPICA DI NEOPLASIA VESCICALE NON MUSCOLO INVASIVA DI ALTO GRADO CON L'AUSILIO DELLA TECNOLOGICA NARROW BAND IMAGING (NBI)**

Naselli A.<sup>1</sup>, Introini C.<sup>1</sup>, Bertolotto F.<sup>1</sup>, Spina B.<sup>2</sup>, Puppo P.<sup>1</sup>

UO Urologia <sup>1</sup>UO Anatomia patologica <sup>2</sup>Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST), Genova

Martedì 23 Giugno 2009 ore 14.00-15.00

**Sala Borromeo: Comunicazioni - Rene**

Moderatori: Roberto Bertini (Milano), Sergio Bracarda (Perugia)

**17 - TECNICA DI ENUCLEAZIONE TUMORALE NEL TRATTAMENTO DEI TUMORI RENALI: ANALISI SU 502 PAZIENTI**

Minervini A., Lanzi F., Tosi N., Tuccio A., Marranci N., Giancane S., Siena G., Serni S., Lapini A.,  
Clinica Urologia I, Università di Firenze, AOUC

**39 - PHASE II STUDY OF SORAFENIB IN PATIENTS WITH SUNITINIB-REFRACTORY METASTATIC RENAL CELL CANCER**

Di Lorenzo G.<sup>1</sup>, Carteni G.<sup>2</sup>, Autorino R.<sup>3</sup>, Bruni G.<sup>4</sup>, Rizzo M.<sup>5</sup>, Aieta M.<sup>6</sup>, Gonnella A.<sup>1</sup>, Rescigno P.<sup>1</sup>, Perdonà S.<sup>4</sup>, Giannarini G.<sup>6</sup>, Pignata S.<sup>4</sup>, Longo N.<sup>7</sup>, Palmieri G.<sup>1</sup>, Imbimbo C.<sup>7</sup>, Mirone V.<sup>7</sup>, Sabino De Placido I

<sup>1</sup>Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Clinica e Molecolare, Università Federico II, Napoli, Italy; <sup>2</sup>UOC Oncologia, Ospedale Cardarelli, Napoli, Italy; <sup>3</sup>Clinica Urologica, Seconda Università degli Studi, Napoli, Italy; <sup>4</sup>UOC Oncologia Urologica, INT Fondazione "G. Pascale", Napoli, Italy; <sup>5</sup>UO Oncologia Ospedale Oncologico Regionale, Rionero in Vulture, Potenza, Italy; <sup>6</sup>UO Urologia Universitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa, Italy

**42 - VALORE PROGNOSTICO DELLE CELLULE T REGOLATORIE NEL SANGUE PERIFERICO E NELL'INFILTRATO TUMORALE DI PAZIENTI AFFETTI DA**

Gacci M.<sup>1</sup>, Vittori G.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Ierardi A.<sup>1</sup>, Serni S.<sup>1</sup>, Liotta F.<sup>2</sup>, Cosmi L.<sup>2</sup>, Frosali F.<sup>2</sup>, Maggi E.<sup>2</sup>, Romagnani S.<sup>2</sup>, Annunziato F.<sup>2</sup>, Carini M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urologia I, ospedale di Careggi, Università degli Studi di Firenze; <sup>2</sup>Excellence Center for Research, Transfer, and High Education, DENOTHE, Università degli Studi di Firenze

**62 - LA RESEZIONE COMPLETA DI METASTASI È UN FATTORE PREDITTIVO INDIPENDENTE SULLA SOPRAVVIVENZA CANCRO SPECIFICA IN PAZIENTI CON CARCINOMA A CELLULE RENALI METASTATICI ALLA DIAGNOSI**

Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Zigeuner R.<sup>2</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Angiolilli D.<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Medical University of Graz, Austria

**63 - IMPATTO DELLA DENSITÀ LINFONODALE SULLA SOPRAVVIVENZA CANCRO SPECIFICA IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA A CELLULE RENALI CON LINFONODI POSITIVI**

Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Angiolilli D.<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>2</sup>, Terrone C.<sup>2</sup>, Scattoni V.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Vita Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Ospedale Maggiore della Carità, Novara

**79 - SEQUENTIAL TREATMENT WITH TARGETED THERAPY FOR METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA (mRCC)**

Procopio G.<sup>1</sup>, Guadalupi V.<sup>1</sup>, Verzoni E.<sup>1</sup>, Stagni S.<sup>2</sup>, Torelli T.<sup>2</sup>, Biasoni D.<sup>2</sup>, Piva L.<sup>2</sup>, Nicolai N.<sup>2</sup>, Salvioni R.<sup>2</sup>, Bajetta E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano S.C. Oncologia Medica 2; <sup>2</sup>Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano S.C. Chirurgia Urologica

---

**Mercoledì 24 Giugno 2009 ore 8.00-9.00**

---

**Sala Borromeo: Comunicazione - Pene e testicolo**

Moderatori: Luca Carmignani (Milano), Giuseppe Procopio (Milano)

**21 - EFFICACIA E TOSSICITÀ DELLA RADIOTERAPIA (RT) ADIUVANTE IN UNA SERIE DI 68 PAZIENTI CON SEMINOMA ALLO STADIO INIZIALE. VALUTAZIONE DI QUALITÀ DI VITA E CONFRONTO CON POPOLAZIONE SANA**

Vischioni B.<sup>1</sup>, Jereczek-Fossa B.A.<sup>1,3</sup>, Gherardi F.<sup>1</sup>, Trovi M.<sup>1</sup>, Zerini D.<sup>1</sup>, Ivaldi G.<sup>1</sup>, Vavassori A.<sup>1</sup>, De Cobelli O.<sup>2,3</sup>, Orecchia R.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Divisione di Radioterapia Istituto Oncologico Europeo, Milano, Italia; <sup>2</sup>Divisione di Urologia Istituto Oncologico Europeo, Milano, Italia; <sup>3</sup>Università degli Studi di Milano, Milano, Italia

---

**37 - RADIOTERAPIA, SORVEGLIANZA O CARBOPLATINO NEL TRATTAMENTO DEL SEMINOMA DEL TESTICOLO AL I STADIO CLINICO?**

Pizzocaro G.<sup>1</sup> e Guameri A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica II<sup>a</sup>, Università degli Studi di Milano, Ospedale San Giuseppe, Via San Vittore 12, Milano

---

**46 - RISULTATI A LUNGO TERMINE DELLA LINFADENECTOMIA RETROPERITONEALE LAPAROSCOPICA PER TUMORI NON SEMINOMATOSI DEL TESTICOLO: 1999-2002**

Pizzocaro G.<sup>1</sup>, Schiavo M.<sup>1</sup>, Solima E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

---

**120 - IMPATTO SESSUOLOGICO DELLA CHIRURGIA ORGAN-POTENCY-SPARING IN PAZIENTI CON CARCINOMA DEL PENE**

Gulino G., Sasso F., D'Onofrio A., Sacco E., Bassi P.F.

Clinica Urologia, Università Cattolica S. Cuore, Roma

---

**141 - ATTIVITÀ E LA TOSSICITÀ DEL PACLITAXEL IN PAZIENTI CON TUMORE PENIENO METASTATICO GIÀ TRATTATI**

Altieri V.<sup>3</sup>, Di Lorenzo G.<sup>1</sup>, Carteni G.<sup>2</sup>, Nicola Longo N.<sup>3</sup>, Doria F.<sup>1</sup>, Mirone V.<sup>3</sup>, De Placido S.<sup>1</sup>, Montanaro V.<sup>3</sup>, Marsicano M.<sup>3</sup>, Ferro M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Oncology Division, Federico II University, Naples, Italy; <sup>2</sup>Oncology Division, Cardarelli Hospital, Naples, Italy; <sup>3</sup>Urology Clinic, Federico II University, Naples, Italy

---

**177 - TUMORECTOMIA TESTICOLARE: UN NUOVO ALGORITMO**

Franco G.<sup>1</sup>, Dente D.<sup>1</sup>, Leonardo C.<sup>1</sup>, De Nunzio C.<sup>1</sup>, De Cillis A.<sup>1</sup>, Cavaliere A.<sup>1</sup>, Greco E.<sup>2</sup>, Laurenti C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia Università Sapienza, Roma; <sup>2</sup>Biologia della riproduzione European Hospital, Roma

---

---

**Mercoledì 24 Giugno 2009 ore 8.00-9.00**

**Sala Visconti: Comunicazioni - Prostata 2**

Moderatori: Tommaso Prayer Galletti (Padova), Sergio Villa (Milano)

**82 - BRACHITERAPIA HDR NEL CARCINOMA PROSTATICO: 5 ANNI DI ESPERIENZA**

Palmieri L.<sup>1</sup>, Sacco S.<sup>1</sup>, Frigerio C.<sup>2</sup>, Sangalli G.<sup>2</sup>, Bonsignore F.<sup>2</sup>, Declich F.<sup>2</sup>, Colombo A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.C. Radioterapia; <sup>2</sup>S.S. Fisica sanitaria

---

**89 - SEQUENZIALITÀ DELLA TERAPIA ORMONALE NEI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA DELLA PROSTATA. RISULTATI PRELIMINARI DELLO STUDIO SORSE-**

Dittono P.<sup>1</sup>, Battaglia M.<sup>1</sup>, Cecchi M.<sup>2</sup>, Summonti D.<sup>2</sup>, Turriziani M.<sup>3</sup>, Caponera A.<sup>3</sup>, Gallucci M.<sup>4</sup>, De Carli E.<sup>4</sup>, Bartoletti.<sup>5</sup>, Meliani E.<sup>5</sup>, Di Sabato G.<sup>6</sup>, Mancini V.<sup>6</sup>, Morgia G.<sup>7</sup>, Anastasi G.<sup>7</sup>, Zucconelli R.<sup>8</sup>, Belmonte P.<sup>8</sup>, Selli C.<sup>9</sup>, Manassero F.<sup>9</sup>, Di Santo V.<sup>10</sup>, Scalese GA.<sup>10</sup>, De Cobelli O.<sup>11</sup>, Besana U.<sup>11</sup>, Muzzonigro G.<sup>12</sup>, Fagiani A.<sup>12</sup>, Francesca F.<sup>13</sup>, Simone M.<sup>13</sup>, Selvaggi F.P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. Urologia Universitaria <sup>1</sup>, Università di Bari; <sup>2</sup>U.O. Urologia Ospedale Unico di Versilia, Viareggio (LU); <sup>3</sup>U.O. di Urologia, Presidio Ospedaliero Anagni (FR); <sup>4</sup>Reparto di Urologia Istituto Regina Elena - IFO, Roma; <sup>5</sup>U.O. di Urologia Osp. S. Maria Annunziata, Firenze; <sup>6</sup>U.O. di Urologia Ospedale Madonna delle Grazie, Matera; <sup>7</sup>Clinica Urologica A.O. Univeritaria Policlinico G. Martino, Messina; <sup>8</sup>U.O. di Urologia Ospedale San Tommaso dei Battuti, Portogruaro (VE); <sup>9</sup>U.O. Urologia A.O. Pisana- Osp. S. Chiara, Pisa; <sup>10</sup>U.O. di Urologia Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti (BA); <sup>11</sup>U.O. di Urologia IEO, Milano; <sup>12</sup>Clinica Urologica Policlinico Le Torrette, Ancona; <sup>13</sup>U.O. Urologia SSN A.O. Pisana- Osp. S.

---

**103 - TESTING THE MOST STRINGENT CRITERIA FOR ACTIVE SURVEILLANCE: AN ANALYSIS BASED ON PATHOLOGICAL FEATURES AT RADICAL PROSTATECTOMY**

Scattoni V.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Villa L.<sup>1</sup>, Freschi M.<sup>2</sup>, Abdollah F.<sup>1</sup>, Capitano U.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istituto Scientifico San Raffaele, Divisione di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Scientifico San Raffaele, Servizio Di Anatomia Patologica

---

**185 - ACTIVE SURVEILLANCE IN LOW-RISK PROSTATE CANCER: PRELIMINARY ANALYSIS ON THE CORRELATION BETWEEN PSA KINETICS AND HISTOLOGICAL UPSIZING/UPGRADING**

Giganti M.O.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>1</sup>, Rancati T.<sup>1</sup>, Nicolai N.<sup>1</sup>, Villa S.<sup>1</sup>, Magnani T.<sup>1</sup>, Stagni S.<sup>1</sup>, Colecchia M1, Bedini N.<sup>1</sup>, Procopio G.<sup>1</sup>, Salvioni R.<sup>1</sup>

Istituto Nazionale Tumori

---

**205 - DEVELOPMENT AND INTERNAL VALIDATION OF THE FIRST SET OF NOMOGRAMS PREDICTING LATE RECTAL TOXICITY IN PROSTATE CANCER PATIENTS UNDERGOING 3D-CRT**

Valdagni R.<sup>1</sup>, Kattan M.W.<sup>2</sup>, Rancati T.<sup>1</sup>, Yu C.<sup>2</sup>, Vavassori V.<sup>3</sup>, Fellin G.<sup>4</sup>, Bianchi C.<sup>3</sup>, Menegotti L.<sup>4</sup>, Monti A.<sup>5</sup>, Stasi M.<sup>6</sup>, Baccolini M.<sup>7</sup>, Fiorino C.<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Programma Prostate Fondazione IRCCS - Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; <sup>2</sup>Quantitative Health Sciences Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University - Cleveland - USA; <sup>3</sup>Radioterapia e Fisica Sanitaria - Ospedale di Circolo di Varese; <sup>4</sup>Radioterapia e Fisica Sanitaria - Ospedale Santa Chiara di Trento; <sup>5</sup>Fisica Sanitaria - Ospedale Sant'Anna di Como; <sup>6</sup>Fisica Sanitaria - Ordine Mauriziano di Torino; <sup>7</sup>Fisica Sanitaria - Villa Maria Cecilia di Lugo di Romagna; <sup>8</sup>Fisica Sanitaria - Ospedale San Raffaele di Milano

**212 - LIVELLI PRE- E POST-OPERATORI DELLA E-CADERINA SOLUBILE IN PAZIENTI AFFETTI DA CANCRO DELLA PROSTATA**

Iacopino F.<sup>1</sup>, Pinto F.<sup>2</sup>, Bertaccini A.<sup>3</sup>, Calarco A.<sup>2</sup>, Martorana G.<sup>3</sup>, Bassi P.F.<sup>2</sup> e Sica G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istituto di Istologia ed Embriologia e <sup>2</sup>Clinica Urologica, Facoltà di Medicina, UCSC, Roma; <sup>3</sup>Clinica Urologica, Università degli Studi, Bologna - Italia

Mercoledì 24 Giugno 2009 ore 8.00-9.00

**Sala Sforza: Comunicazioni - Vescica**

Moderatori: Roberta Gunelli (Forlì), Barbara Jereczek (Milano)

**40 - NEOPLASIE VESCICALI NMIBC DI ALTO GRADO: VALORE PROGNOSTICO DELLE CTC (CELLULE TUMORALI CIRCOLANTI)**

De Berardinis E.<sup>1</sup>, Busetto G.M.<sup>1</sup>, Cristini C.<sup>1</sup>, Di Piero G.B.<sup>1</sup>, Minisola F.<sup>1</sup>, Petracca A.<sup>2</sup>, Nicolazzo C.<sup>2</sup>, Di Silverio F.<sup>1</sup> e Gazzaniga P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia "U. Bracci" Policlinico Umberto I Sapienza Università di Roma; <sup>2</sup>Dipartimentodi Medicina Molecolare Policlinico Umberto I Sapienza Università di Roma

**41 - TRATTAMENTO ENDOVESCICALE ADIUVANTE NELLE NEOPLASIE NMIBC: TEST DI CHEMIOSENSIBILITÀ**

De Berardinis E.<sup>1</sup>, Busetto G.M.<sup>1</sup>, Cristini C.<sup>1</sup>, Di Piero G.B.<sup>1</sup>, Minisola F.<sup>1</sup>, Petracca A.<sup>2</sup>, Nicolazzo C.<sup>2</sup>, Di Silverio F.<sup>1</sup> e Gazzaniga P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia "U. Bracci" Policlinico Umberto I Sapienza Università di Roma; <sup>2</sup>Dipartimentodi Medicina Molecolare Policlinico Umberto I Sapienza Università di Roma

**146 - DATI PRELIMINARI DELLA TERAPIA DEL CARCINOMA IN SITU VESCICALE NON RESPONSIVO A BCG CON ONCOFID-P-B: STUDIO CLINICO-SPERIMENTALE**

Bassi P.F.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>1</sup>, D'Agostino D.<sup>1</sup>, Pinto F.<sup>1</sup>, Sacco E.<sup>1</sup>, Gulino G.<sup>1</sup>, Gardi M.<sup>1</sup>, Totaro A.<sup>1</sup>, Racioppi M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica-Università Cattolica Del S. Cuore, Roma

**156 - VALORE PROGNOSTICO DELLA FISH URINARIA NEI PAZIENTI CON TUMORE NON MUSCOLO INVASIVO DELLA VESCICA**

Campodonico F.<sup>1</sup>, Capponi G.<sup>1</sup>, Casazza S.<sup>2</sup>, Bandelloni R.<sup>2</sup>, Puntoni M.<sup>3</sup>, Maffezzini M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SC Urologia; <sup>2</sup>SC Anatomia Patologica; <sup>3</sup>SC Oncologia Medica

**187 - STUDIO COMPARATIVO DELLA QUALITÀ DI VITA (QLQ) DOPO SOMMINISTRAZIONE ENDOVESCICALE RANDOMIZZTA DI GEMCITABINA E BCG IN PAZIENTI CON CARCINOMA VESCICALE NON MUSCOLO INVASIVO (CVNMI) A RISCHIO INTERMEDIO: RISULTATI PRELIMINARI**

Gontero P.<sup>1</sup>, Sanguedolce F.<sup>2</sup>, Fiorito C.<sup>1</sup>, Gillo A.<sup>1</sup>, Marson F.<sup>1</sup>, Lucca I.<sup>1</sup>, Sogni F.<sup>1</sup>, Berta G.<sup>1</sup>, De Libero A.<sup>1</sup>, Valentino F.<sup>1</sup>, Serra N.<sup>1</sup>, Pappagallo G.<sup>3</sup>, Martorana G.<sup>2</sup>, Tizzani A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urologia 1, Università di Torino, ASO S. Giovanni Battista Molinette; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Bologna; <sup>3</sup>Ufficio di Epidemiologia & Sperimentazioni Cliniche, Ospedale di Mirano

**193 - TRATTAMENTO DI TCC NON-MUSCOLO INFILTRANTI DELLA VESCICA AD ELEVATA RECIDIVITÀ MEDIANTE TERMOCHEMIOTERAPIA**

Maffezzini M., Campodonico F., Canepa G., Capponi G., Tamagno S.

S.C.Urologia – Ospedale Galliera Genova

Mercoledì 24 Giugno 2009 ore 14.00-15.00

**Area Poster A - Poster**

Moderatori: Paola Barboro (Genova), Carlo Patriarca (Melegnano - MI), Giancarlo Comeri (Como), Alfredo Berruti (Torino), Barbara Jereczek Fossa (Milano)

**4 - NEOPLASIA PROSTATICA INTRAEPITELIALE DI ALTO GRADO (HGPIN) E CANCRO DELLA PROSTATA: RELAZIONE TRA HGPIN DIFFUSO E RISCHIO DI TUMORE DELLA PROSTATA**

De Nunzio C., Tubaro A., Trucchi A., Stoppacciaro A.<sup>1</sup>, Miano R.<sup>2</sup>, Cantiani A., Fattahi H., Cicione A., Iori F., Miano L.

Dipartimento di Urologia e Patologia <sup>1</sup>Ospedale Sant'Andrea, Università "La Sapienza", Roma

**8 - QUANDO SOSPENDERE IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO IN PAZIENTI AFFETTI DA UROTELIOMA VESCICALE T1G3?**

Serretta V.<sup>1</sup>, Ruggirello A.<sup>1</sup>, Passalacqua D.<sup>1</sup>, Aragona F.<sup>2</sup>, Allegro R.<sup>1</sup>, Melloni D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sezione di Urologia. Dipartimento di Medicina Interna, Malattie Cardio-vascolari e Nefro-Urologiche, Università degli Studi di Palermo; <sup>2</sup>Dipartimento di Patologia Umana

**11 - POSSIBILI CRITERI DI PREDITTIVITÀ DELL'UPGRADING DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE**

*Del Nero A.<sup>1</sup>, Gazzano G.<sup>2</sup>, Hussein MIY.<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>, Mangiarotti B.<sup>1</sup>, Longo F.<sup>1</sup>, Bernardini P.<sup>1</sup>, Cordima G.<sup>1</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Kartalas-Goumas I.<sup>1</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Clinica Urologica III, Università degli Studi di Milano, Ospedale San Paolo; <sup>2</sup>Servizio di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Milano, Ospedale San Paolo

**22 - CISTECTOMIA EXTRAPERITONEALE: UN VANTAGGIOSO APPROCCIO PER PAZIENTI ANZIANI E AD ALTO RISCHIO**

*Masala D., Di Lorenzo D., Oliva A., Fedelini P., Meccariello C., Brigante P., Masala A.*

Dipartimento Nefro-Urologico e UOC Urologia Ospedale A. Cardarelli Napoli

**24 - RUOLO DI NMP22 BLADDERCHECK®TEST NELLA DIAGNOSI DELLA NEOPLASIA VESCICALE**

*Longo F., Mangiarotti B., Del Nero A., Bernardini P., Kartalas-Goumas I., Avogadro A., Cordima G., Itri E., Hussein M.I. Y., Inneo V., Guerrer C., Montanari E.*

Clinica Urologica III - Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano

**31 - LA RADIOTERAPIA GUIDATA DALL'IMMAGINE (IGRT) NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA: LA LOCALIZZAZIONE ECOGRAFICA 3D CORRELA CON L'USO DI SEMI D'ORO?**

*Munoz F.<sup>1</sup>, Guarneri A.<sup>1</sup>, Franco P.<sup>1</sup>, Ciammella P.<sup>1</sup>, Moretto F.<sup>1</sup>, Namysl-Kaletka A.<sup>1,3</sup>, Destefanis P.<sup>2</sup>, Fontana D.<sup>2</sup>, Ricardi U.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Radioterapia, Università degli Studi di Torino, AOU San Giovanni Battista-Molinette di Torino (Italia);

<sup>2</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2; Università degli Studi di Torino, AOU San Giovanni Battista-Molinette di Torino (Italia);

<sup>3</sup>Memorial Institute Maria Sklodowska-Curie, Center Oncology. Gliwice (Polonia)

**43 - MOVIMENTO DELLA PROSTATA E DELLE VESCICOLE SEMINALI IN RELAZIONE ALLO STATO DI RIEMPIMENTO DELLA VESCICA DURANTE IL TRATTAMENTO**

*Cambria R.<sup>1</sup>, Jereczek-Fossa B.A.<sup>2,3</sup>, Zerini D.<sup>2</sup>, Garibaldi C.<sup>1</sup>, Cattani F.<sup>1</sup>, M. Ciocca.<sup>1</sup>, Serafini F.<sup>2</sup>, Matei DV.<sup>4</sup>, de Cobelli O.<sup>5</sup>, Pedrolì G.<sup>1</sup>, Orecchia R.<sup>2,3</sup>*

<sup>1</sup>Fisica Sanitaria, <sup>2</sup>Div. Di Radioterapia, <sup>3</sup>Div. Di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, via Ripamonti 435, Milano, Italia;

<sup>3</sup>Università degli Studi di Milano, via Festa del Perdono 3, Milano, Italia; <sup>4</sup>Divisione di Urologia Oncologica Robotizzata, Ospedale Classificato S. Giuseppe

**50 - RADIOCHIRURGIA ROBOTICA CON CYBERKNIFE COME TERAPIA DI SALVATAGGIO PER LA RECIDIVA LOCALE DEL CARCINOMA PROSTATICO DOPO RADIOTERAPIA A FASCI ESTERNI: STUDIO RETROSPETTIVO DI FATTIBILITÀ SU 6 PAZIENTI**

*Vavassori A.<sup>1</sup>, Alicja Jereczek-Fossa B.<sup>1,5</sup>, Beltramo G.<sup>3</sup>, De Cicco L.<sup>1</sup>, Fariselli L.<sup>3</sup>, Bianchi L.C.<sup>3</sup>, Possanzini M.<sup>3</sup>, Bergantin A.<sup>4</sup>, De Cobelli O.<sup>2,5</sup>, Orecchia R.<sup>1,5</sup>*

<sup>1</sup>Divisione di Radioterapia; <sup>2</sup>Urologia Dell'Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>3</sup>Divisione di Radioterapia; <sup>4</sup>Fisica Sanitaria, Centro Diagnostico Italiano, Milano; <sup>5</sup>Università degli Studi di Milano

**54 - NEOPLASIA VESCICALE SECONDARIA AD IMPIANTO ENDOLUMINALE DI CELLULE DERIVANTI DA ADENOCARCINOMA DEL COLON RETTO: CASO CLINICO**

*Di Pierro G.B.<sup>2</sup>, Cristini C.<sup>2</sup>, Giuliani A.<sup>1</sup>, Demoro M.<sup>1</sup>, Scimà M.<sup>1</sup>, Galati G.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Dipartimento di Chirurgia "Pietro Valdoni", Università Sapienza, Roma; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia "U. Bracci"; Università "Sapienza", Roma

**70 - POTENZIALE USO DI PIÙ BIOMARKERS MOLECOLARI PER LA DIAGNOSI DI CARCINOMA VESCICALE**

*Cochetti G.<sup>1</sup>, Cottini E.<sup>1</sup>, Mezzasoma L.<sup>2</sup>, Del Buono C.<sup>2</sup>, Antognelli C.<sup>2</sup>, Stracci F.<sup>3</sup>, Talesa V.N.<sup>2</sup>, Mearini E.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Chirurgia Urologica, Andrologica e Tecniche Mini-Invasive. Università degli Studi di Perugia – Terni; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sperimentale, Divisione di Biologia Cellulare e Molecolare, Università degli Studi di Perugia; <sup>3</sup>Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche e Salute Pubblica, Sezione di Salute Pubblica, Università degli Studi di Perugia

**83 - MIR-21 NON HA PROPRIETÀ ONCOGENICHE NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA**

*Folini M.<sup>1</sup>, Gandellini P.<sup>1</sup>, Longoni N.<sup>1</sup>, Colecchia M.<sup>2</sup>, Daidone M.G.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>3</sup> e Zaffaroni*

Dipartimenti di <sup>1</sup>Oncologia Sperimentale e Medicina Molecolare e <sup>2</sup>Anatomia Patologica; <sup>3</sup>Direzione Scientifica Programma Prostata - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

**91 - UTILITÀ DELL'INTERNATIONAL PROSTATE SYMPTOM SCORE (IPSS) PER LA VALUTAZIONE DELLA TOSSICITÀ ACUTA NEI PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA (ca.P.) SOTTOPOSTI A RADIOTERAPIA A FASCI ESTERNI (EBRT)**

*Pittoni P.<sup>1</sup>, Villa S.<sup>1</sup>, Bedini N.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>2</sup>, Olmi P.<sup>1</sup>,*

<sup>1</sup>Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia; <sup>2</sup>SC Radioterapia

**96 - IMPATTO PROGNOSTICO DELLA ReTUR NEL CARCINOMA VESCICALE T1G3**

*Sanseverino R., Napodano G., Campitelli A., Intilla O., Di Mauro U., Realfonso T., Iacone M.*

UOC Urologia, Osp Umberto I, Nocera Inferiore

**104 - DETECTION OF LYMPH-NODE METASTASES WITH INTEGRATED [11C]CHOLINE PET/CT IN PATIENTS WITH PSA FAILURE AFTER RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY: VALIDATION BY OPEN PELVIC-RETROPERITONEAL**

*Scattoni V.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Villa L.<sup>1</sup>, Freschi M.<sup>1</sup>, Giovacchini G.<sup>1</sup>, Picchio M.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Fazio F.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele

**108 - RARO CASO DI TUMORE PRIMITIVE NEUROECTODERMICO DELLA PROSTATA**

*Siracusano S., Ciciliato S., Lampropoulou N., Visalli F., Belgrano E.*  
U.C.O di Clinica Urologica Università degli Studi di Trieste

**121 - TURV RADICALE COME MONOTERAPIA IN CASI SELEZIONATI DI TUMORI VESCICALI INFILTRANTI**

*Larcher P., Franch P., Catania G., Grisotto M., Larcher A., Larcher P.*  
CdC IGEA

**125 - UTILITÀ DELLA PET NELLA INDIVIDUAZIONE DI LOCALIZZAZIONI SECONDARIE DI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO CON RIPRESA BIOCHIMICA DI MALATTIA**

*Portoghese F.<sup>1</sup>, Romano M.<sup>1</sup>, Rizzo P.<sup>1</sup>, Petruzzi M.<sup>1</sup>, Susca C.<sup>1</sup>, Altieri M.L.<sup>2</sup>, Notaristefano A.<sup>2</sup>, Rubini D.<sup>2</sup>, Rubini G.<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup>Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli"; <sup>2</sup>Medicina Nucleare Diagnostica per Immagini Di.M.I.M.P., Policlinico - Università degli Studi di Bari

**129 - LA CONTESTUALE RESEZIONE PROSTATICA IN CORSO DI RESEZIONE VESCICALE PER TCC SOTTOPONE IL PAZIENTE AD UN PIÙ ELEVATO RISCHIO DI RECIDIVA?**

*Seveso M., Taverna G., Giusti G., Benetti A., Corinti M., Piccinelli A., Graziotti P.*  
Istituto Clinico Humanitas

**138 - RELAZIONE TRA VOLUME PROSTATICO E DECORSO POST OPERATORIO NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT ASSISTITA**

*Albo G.<sup>1</sup>, Musi G.<sup>1</sup>, Melegari S.<sup>1</sup>, Detti S.<sup>1</sup>, Santoro L.<sup>2</sup>, Verweij F.<sup>1</sup>, Ambruosi C.<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Istituto Europeo di Oncologia, Divisione di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Europeo di Oncologia, Div. Epidemiologia e Biostatistica

**143 - NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA DOPO CISTECTOMIA EXTRAPERITONEALE CON BISTURI ULTRASONICO: PRESENTAZIONE DI UNA TECNICA SEMPLIFICATA**

*Austoni E.<sup>1,2</sup>, Pini G.<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Cattedra di Urologia, Università degli Studi di Milano; <sup>2</sup>Salus Ospital, Gruppo Villa Maria

**150 - PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA: VARIAZIONI DI TECNICA, CON APPROCCIO TENSION-FREE, PER IL RISPARMIO DEL COLLO VESCICALE IN PRESENZA DI LOBO MEDIO**

*Bianchi G., Annino F., Beato A., De Carne C., Micali S., De Stefani S.*  
Clinica Urologica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

**154 - RISULTATI E TOLLERABILITÀ DELLA BRACHITERAPIA CON SEMI DI I-125 NEL CARCINOMA PROSTATICO CLINICAMENTE INTRACAPSULARE A BASSO RISCHIO**

*Calcagno T.<sup>1</sup>, Capponi G.<sup>1</sup>, Grimaldi A.<sup>2</sup>, Ricci P.<sup>2</sup>, Gambaro M.<sup>3</sup>, Corvisiero R.<sup>3</sup>, Taccini G.<sup>3</sup>, Grillo Ruggieri F.<sup>2</sup>, Maffezzini M.<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>S.C.Urologia; <sup>2</sup>S.C. Radioterapia; <sup>3</sup>S.C.Fisica Sanitaria

**166 - PROSTATECTOMIA RADICALE. BENDAGGIO DELL'ANASTOMOSI VESCICO-URETRALE IN PAZIENTI A MAGGIOR RISCHIO DI INCONTINENZA**

*Cucchiarella G., Milan G.L., Mascarini G., Ferrando U.*  
S.C.Urologia <sup>3</sup> -Ospedale S.G.Battista-Molinette-Torino - Unità Funzionale Di Urologia Clinica Cellini - Torino"

**173 - PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA: QUANTA CURVA DI APPRENDIMENTO POSSONO TOLLERARE I NOSTRI PAZIENTI?**

*D'Elia G., Emiliozzi P., Ortolani G., Iannello A.*  
Unità Operativa Urologia II, Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Roma

**184 - PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA ROBOT-ASSISTITA (RALP): VALUTAZIONE PROSPETTICA DEI PRIMI 120 PAZIENTI**

*Giberti C., Schenone M., Cortese P., Gallo F.*  
Dipartimento di Chirurgia, Divisione di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona

**189 - CISTECTOMIA RADICALE HARMONIC SCALPEL ASISTED "SOLO TECHNIQUE" (UNICO E SOLO OPERATORE ED UNICO PUNTO DI SUTURA) E NEOVESCICA ORTOTOPICA SEC HAUTMANN**

*Leoni S.<sup>1</sup>, Pini G.<sup>2</sup>, Hind A.<sup>1</sup>, Rossi R.<sup>1</sup>, Viola D.<sup>1</sup>, Martino F.<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>UO di Urologia, Arcispedale SMN, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

**194 - ANALISI DEI FATTORI PREOPERATORI PREDITTIVI NELLA VALUTAZIONE DELLA SOPRAVVIVENZA LIBERA DA MALATTIA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE, PER CANCRO DI PROSTATA E PSA MAGGIORE DI 20 ng/ml**

*Marchioro G.<sup>1</sup>, Vidali M.<sup>2</sup>, Zaramella S.<sup>1</sup>, Tarabuzzi R.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>1</sup>, Maso G.<sup>1</sup>, Billia M.<sup>1</sup>, Varvello F.<sup>1</sup>, Di Domenico A.<sup>1</sup>, Frea B.<sup>3</sup> e Terrone C.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Az. Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara, Italia; <sup>2</sup>Laboratorio di Ricerche Chimico-Cliniche, Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara; <sup>3</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Az. Ospedaliero-Universitaria SS Maria della Misericordia, Udine, Italia

**200 - RUOLO DI PROCESSI INFIAMMATORI-RIPARATIVI NELLO SVILUPPO E PROGRESSIONE DEL CARCINOMA PROSTATICO: EFFETTO DELLA SERENOA**

*Di Silverio F., Russo M., Petrangeli E., Sciarra A., Gentilucci A., Salciccia S., Alfarone A., Sciarra A., Gentile V.*  
Dipartimento di Urologia e Patologia generale Università Sapienza di Roma

**209 - ANALISI DELL'INTEGRITÀ DEL FASCIO NEUROVASCOLARE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE  
UTILIZZANDO SEQUENZE SPECIFICHE DI RISONANZA MAGNETICA**

Sciarra A., Alfarone A., Salciccia S., Panebianco V., Lisi D., Gentilucci A., Di Pierro G., Gentile V.  
Dipartimento di urologia e radiologia Università Sapienza di Roma

**211 - LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALMENTE  
AVANZATO: L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA**

Vavassori A.<sup>1</sup>, Jerezek-Fossa B.A.<sup>1,4</sup>, Ciocca M.<sup>2</sup>, Fodor C.<sup>1</sup>, Cambria R.<sup>2</sup>, Cattani F.<sup>2</sup>, Zerini D.<sup>1</sup>, Ivaldi G.<sup>1</sup>, De Cicco L.<sup>1</sup>, Rocco B.<sup>3</sup>, Scardino E.<sup>3</sup>, Verweij F.<sup>3</sup>, Albo G.<sup>3</sup>, Mazzoleni F.<sup>3</sup>, Musi G.<sup>3</sup>, DeCobelli O.<sup>3,4</sup>, Orecchia R.<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Divisione Radioterapia, <sup>2</sup>Divisione Fisica Sanitaria, <sup>3</sup>Divisione Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano, <sup>4</sup>Università degli Studi di Milano

Mercoledì 24 Giugno 2009 ore 14.00-15.00

**Area Poster B- Poster**

Moderatori: Cecilia Balbi (Genova), Maurizio Colecchia (Milano), Cinzia Ortega (Candiolo - TO), Alberto Trinchieri (Milano), Sergio Villa (Milano)

**20 - BRACHITERAPIA CON IMPIANTO PERMANENTE NEI PAZIENTI DI ETA <= 65 ANNI AFFETTI DA CARCINOMA  
PROSTATICO A BASSO RISCHIO: L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA**

Vavassori A.<sup>1</sup>, Cattani F.<sup>2</sup>, De Cicco L.<sup>1</sup>, Fodor C.<sup>1</sup>, Lazzari R.<sup>1</sup>, Rondi E.<sup>2</sup>, Jerezek-Fossa B.A.<sup>1-5</sup>, Ivaldi G.<sup>1</sup>, Zerini D.<sup>1</sup>, Garibaldi C.<sup>2</sup>, Cambria R.<sup>2</sup>, Santoro L.<sup>3</sup>, Musi G.<sup>4</sup>, De Cobelli O.<sup>4,5</sup>, Scardino E.<sup>4</sup>, Rocco B.<sup>4</sup>, Guido A.<sup>1</sup>, Gatto G.<sup>1</sup>, Russo I.<sup>1</sup>, Orecchia R.<sup>1-5</sup>

Divisione di <sup>1</sup>Radioterapia, <sup>2</sup>Fisica Medica, <sup>3</sup>Epidemiologia e Biostatistica, <sup>4</sup>Urologia dell'Istituto Europeo di Oncologia - Milano, <sup>5</sup>Università degli Studi di Milano

**23 - METASTASI SURRENALICA METACRONA DA ADENOCARCINOMA GASTRICO:  
UN CASO CLINICO MOLTO RARO E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Masala D.<sup>1</sup>, Boscaino A.<sup>2</sup>, Brigante P.<sup>1</sup>, Cola A.<sup>1</sup>, Ranavolo R.<sup>1</sup>, Masala A.<sup>1</sup>, Nappi O.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento Nefro-Urologico e UOC Urologia Ospedale A. Cardarelli Napoli. Direttore: A. Masala; <sup>2</sup>UOC Anatomia ed Istologia Patologica Ospedale A. Cardarelli Napoli

**28 - RUOLO DELLA TC-RM NELLA DEFINIZIONE DEI VOLUMI DI INTERESSE RADIOTERAPICO NEL TRATTAMENTO  
CON CYBERKNIFE NEL TUMORE CLINICAMENTE LOCALIZZATO DELLA PROSTATA**

Locatelli F.<sup>1</sup>, Brait L.<sup>1</sup>, Bergantin A.<sup>1</sup>, Bianchi L.C.<sup>1</sup>, Fariselli L.<sup>2</sup>, Tabiaddon D.<sup>3</sup>, Locatelli M. C.<sup>3</sup>, D. Antona A.<sup>3</sup>, Tombolini P.<sup>3</sup>, Maggioni M.<sup>3</sup>, Longo G.<sup>3</sup>, Beltramo G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cyberknife, Centro Diagnostico Italiano, Milano; <sup>2</sup> Divisione di Radioterapia Istituto Neurologico C. Besta, Milano; <sup>3</sup> Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

**44 - IMPIEGO DELLA FINASTERIDE PER MIGLIORARE L'ACCURATEZZA DEL PSA  
NELLA DIAGNOSI PRECOCE DEL CARCINOMA PROSTATICO**

Oderda M., Mondino P., Fiorito C., Zitella A., Tizzani A., Gontero P.

Università degli Studi di Torino, Az. Osp. S. Giovanni Battista Molinette, Urologia 1, Torino

**49 - MICRO-TESE IN PAZIENTI CON AZOOSPERMIA SECONDARIA A TERAPIA ANTINEOPLASTICA:  
UNA TECNICA SICURA ED EFFICACE**

Rolle L., Carlo C., Timpano M., Negro C., Destefanis P., Buffardi A., Schillaci C., Galletto E.

Divisione Universitaria di Urologia 2, A.S.O. San Giovanni Battista Molinette Torino Dir. Prof. D. Fontana

**53 - TOSSICITÀ ACUTA DELLA RADIOTERAPIA IPOFAZIONATA GUIDATA DALLE IMMAGINI (70.2 Gy IN 26 FRAZIONI)  
PER IL CARCINOMA PROSTATICO ORGANOCONFINATO: CONFRONTO NON RANDOMIZZATO  
CON IL FRAZIONAMENTO CONVENZIONALE (80 Gy IN 40 FRAZIONI)**

Jerezek-Fossa B.A.<sup>1,2</sup>, Zerini D.<sup>1</sup>, Fodor C.<sup>1</sup>, Santoro L.<sup>6</sup>, Cambria R.<sup>3</sup>, Garibaldi C.<sup>3</sup>, Cattani F.<sup>3</sup>, Tagaste B.<sup>1,5</sup>, Vavassori A.<sup>1</sup>, Ivaldi G.B.<sup>1</sup>, Gherardi F.<sup>1</sup>, Rocco B.<sup>4</sup>, Scardino E.<sup>4</sup>, Musi G.<sup>4</sup>, De Cobelli O.<sup>2,4</sup>, Orecchia R.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Radioterapia. Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>2</sup>Università Degli Studi di Milano; <sup>3</sup>Dipartimento di Fisica Medica. Istituto Europeo di Oncologia, Milano <sup>4</sup>Dipartimento di Urologia. Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>5</sup>Politecnico di Milano <sup>6</sup>Dipartimento di biostatistica. Istituto Europeo di Oncologia, Milano.

**55 - NEOPLASIA ADENOMATOIDE MULTIPLA DELLA TUNICA VAGINALE: CASO CLINICO**

Cristini C., Di Pierro G.B., Minisola F., Donnaperna A., Sciarra A., Gentile V.

Dip.to Urologia "U. Bracci" Università "Sapienza", I Roma

**60 - RADIOTERAPIA A FASCI ESTERNI GUIDATA DALLE IMMAGINI (IGRT) ABBINATA AD IPOFRAZIONAMENTO  
NEL TRATTAMENTO RADICALE DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA ORGANOCONFINATO:  
L'ESPERIENZA IN CORSO PRESSO L'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA**

Zerini D.<sup>1</sup>, Jerezek-Fossa B.A.<sup>1,2</sup>, Fodor C.<sup>1</sup>, Serafini F.<sup>1</sup>, Gherardi F.<sup>1,2</sup>, Cambria R.<sup>3</sup>, Garibaldi C.<sup>3</sup>, Cattani F.<sup>3</sup>, Vavassori A.<sup>1</sup>, Ivaldi G.B.<sup>1</sup>, De Cobelli O.<sup>4</sup>, Verweij F.<sup>4</sup>, Musi G.<sup>4</sup>, Tagaste B.<sup>1,5</sup>, Preve E.<sup>1</sup>, Orecchia R.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Radioterapia. Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>2</sup>Università Degli Studi di Milano; <sup>3</sup>Dipartimento di Fisica Medica. Istituto Europeo di Oncologia, Milano <sup>4</sup> Dipartimento di Urologia. Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>5</sup>Politecnico di Milano



**69 - 3DCRT 80 GY NEL TUMORE DELLA PROSTATA: ANALISI RETROSPETTIVA DELLA SOPRAVVIVENZA E DELLA TOSSICITÀ CRONICA RETTALE E URINARIA**

*Tramacere F., Gianicolo E.L.<sup>1</sup>, Caramia G.R.<sup>1</sup>, Francavilla M.C., De Tommaso C., Castagna R., Petruzzelli MF, Devicienti S., Pili G.<sup>2</sup>, Florio T.<sup>2</sup>, Vinella M, Portaluri M.*

<sup>1</sup>U.O. Radioterapia ASL Brindisi. Istituto di fisiologia clinica CNR 1; <sup>2</sup>UO Fisica sanitaria ASL Brindisi

**72 - IDENTIKIT DEL CA PROSTATICO DI CATANZARO E DINTORNI**

*Spasari A.<sup>1</sup>, Nisticò F.<sup>1</sup>, Militi V.<sup>1</sup>, Sutura A.<sup>2</sup> Mazzei A.<sup>2</sup>, Pirritno D.<sup>1</sup>, Falvo F.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>U.O. di Urologia Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" - Caanzaro; <sup>2</sup>Registro Regionale Tumori ASP Catanzaro

**75 - CARATTERISTICHE CLINICO-PATOLOGICHE DEL CARCINOMA PROSTATICO NEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE CON PSA 4 NG/ML**

*Del Nero A.<sup>1</sup>, Gazzano G.<sup>2</sup>, Hussein MIY.<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>, Mangiarotti B.<sup>1</sup>, Longo F.<sup>1</sup>, Bernardini P.<sup>1</sup>, Cordima G.<sup>1</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Kartalas-Goumas I.<sup>1</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Clinica Urologica III, Università degli Studi di Milano, Ospedale San Paolo; <sup>2</sup>Servizio di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Milano, Ospedale San Paolo

**81 - I CARCINOMI NEUROENDOCRINI DELLA PROSTATA: LA NOSTRA ESPERIENZA E REVIEW DELLA LETTERATURA**

*Tosco L.<sup>1</sup>, Crivellaro S.<sup>1</sup>, Guaitoli P.<sup>1</sup>, Kocjancic E.<sup>1</sup>, Frea B.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

**87 - RI-BIOPSIA MIRATA DELLA PROSTATA DOPO RISONANZA MAGNETICA ENDORETTALE (MRI) DELLA PROSTATA E SPETTROSCOPIA (MRS) IN PAZIENTI CON ASAP: RISULTATI PRELIMINARI**

*Destefanis P.<sup>1</sup>, Bosio A.<sup>1</sup>, De Maria C.<sup>1</sup>, Bisconti A.<sup>1</sup>, Cugiani A.<sup>1</sup>, Negro C.<sup>1</sup>, Carchedi M.<sup>1</sup>, Buffardi A.<sup>1</sup>, Petracchini M.<sup>3</sup>, Munoz F.<sup>2</sup>, Cirillo S.<sup>3</sup>, Fontana D.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2 - Ospedale San Giovanni Battista Molinette, Torino; <sup>2</sup>Divisione di Radioterapia, Ospedale San Giovanni Battista Molinette, Torino; <sup>3</sup>Servizio di Radiodiagnostica, Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro di Candiolo

**92 - RETI NEURALI ARTIFICIALI PER LO STUDIO DELLA TOSSICITÀ ACUTA DOPO RADIOTERAPIA PER IL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO**

*Cambria R.<sup>1</sup>, Pella A.<sup>2</sup>, Jereczek-Fossa B.A.<sup>3,4</sup>, Zerini D.<sup>3</sup>, Fodor C.<sup>3</sup>, Serafini F.<sup>3</sup>, Baroni G.<sup>2</sup>, Riboldi M.<sup>2</sup>, Ciceri M.<sup>2</sup>, Spadea MF.<sup>5</sup>, Patete P.<sup>2</sup>, Garibaldi C.<sup>1</sup>, Cattani F.<sup>1</sup>, de Cobelli O.<sup>6</sup> Pedrolì G.<sup>1</sup>, Pedotti A.<sup>2</sup>, Orecchia R.<sup>3,4</sup>*

<sup>1</sup>Fisica Sanitaria, <sup>2</sup>Div. di Radioterapia, 6 Div. di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, via Ripamonti 435, Milano, Italia; <sup>3</sup>Dipartimento di Bioingegneria, Politecnico di Milano, Milano, Italia; <sup>4</sup>Università degli Studi di Milano, via Festa del Perdono 3, Milano, Italia <sup>5</sup>Università della Magna Grecia di Catanzaro, Catanzaro, Italia

**95 - TERAPIA DEL CANCRO DELLA PROSTATA CON ULTRASUONI FOCALIZZATI AD ALTA INTENSITÀ (HIFU)**

*Sanseverino R., Intilla O., Napodano G., Di Mauro U., Realfonso T., Iacone M.*

UOC Urologia, Osp. Umberto I, Nocera Inferiore

**98 - TRATTAMENTO DELLA DISFUNZIONE ERETTILE CON BIOFEEDBACK, FISIOCHINESITERAPIA DELLA MUSCOLATURA DEL PIANO PELVICO E TERAPIA FARMACOLOGICA ASSOCIATE IN ESITI DI PROSTATECTOMIA RADICALE : RISULTATI PRELIMINARI**

*Dell'Acqua S.<sup>1</sup>, Bosia R.<sup>2</sup>, Paggetta C.<sup>3</sup>, Turati M.<sup>4</sup>, D'Adamo C.<sup>5</sup>, Rodriguez L.<sup>5</sup>*

<sup>1</sup>Responsabile Servizio di Urologia -ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio-Milano <sup>2</sup>Responsabile UOS Dipartimentale Poliambulatori e D.H - ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio-Milano <sup>3</sup>Dir. Servizio di Neurologia ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio-Milano

<sup>4</sup>Dir. Dipartimento di Riabilitazione ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio-Milano <sup>5</sup>Terapista della Riabilitazione ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio-Milano

**109 - STUDIO DELLA PREDITTIVITÀ DELL'AGOBIOPSIA PROSTATICA VS PEZZO OPERATORIO IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE**

*Portoghese F.<sup>1</sup>, Calbi R.<sup>1</sup>, Notaristefano A.<sup>2</sup>, Martinelli G.<sup>1</sup>, Petruzzi M.<sup>1</sup>, Rizzo P.<sup>1</sup>, Savino D.V.<sup>3</sup>, Susca C.<sup>1</sup>, Romano M.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale F. Miulli; <sup>2</sup>Medicina Nucleare Diagnostica per Immagini Di.M.I.M.P., Policlinico Università degli Studi di Bari; <sup>3</sup>Università degli Studi di Bari

**112 - FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE CON CHEMIO-ORMONO TERAPIA ADIUVANTE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE**

*Zenico T.<sup>1</sup>, Salomone U.<sup>1</sup>, Saccomanni M.<sup>1</sup>, Gunelli R.<sup>1</sup>, Fiori M.<sup>1</sup>, Salaris C.<sup>1</sup>, Lilli P.<sup>1</sup>, Melotti S.<sup>1</sup>, Bercovic E.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>U.O. di Urologia Ospedale G.B.Morgagni-L.Pierantoni, Forlì

**126 - PRESENTAZIONE DEL PROGETTO MIRATO: EPIDEMIOLOGIA, DIAGNOSI E CURA DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA NELLA REGIONE PUGLIA**

*Portoghese F.<sup>1</sup>, Calbi R.<sup>1</sup>, Martinelli G.<sup>1</sup>, Notaristefano A.<sup>2</sup>, Petruzzi M.<sup>1</sup>, Rizzo P.<sup>1</sup>, Savino D.V.<sup>3</sup>, Susca C.<sup>1</sup>, Romano M.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale F. Miulli; <sup>2</sup>Università degli Studi di Bari; <sup>3</sup>Medicina Nucleare - Diagnostica per Immagini - Policlinico - Università degli Studi di Bari"

**135 - SOGGETTO IN ETÀ PEDIATRICA AFFETTO DA PORPORA DI SCHONLEIN HENOCH (PSH) E SCROTO ACUTO**

*Saccomanni M.<sup>1</sup>, Gunelli R.<sup>1</sup>, Salomone U.<sup>1</sup>, Fiori M.<sup>1</sup>, Salaris C.<sup>1</sup>, Lilli P.<sup>1</sup>, Melotti S.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>U.O. di Urologia Ospedale G.B.Morgagni-L.Pierantoni, Forlì

**139 - INFLUENZA DELL'OBESITÀ SUL DECORSO POSTOPERATORIO NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT ASSISTITA**

*Albo G.<sup>1</sup>, Rocco B.<sup>1</sup>, Melegari S.<sup>1</sup>, Detti S.<sup>1</sup>, Santoro L.<sup>2</sup>, Verweij F.<sup>1</sup>, Abbinante M.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Istituto Europeo di Oncologia, Divisione di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Europeo di Oncologia, Div. Epidemiologia e Biostatistica

**142 - Re-biopsia prostatica dopo diagnosi di HGPIN e ASAP**

*Angrisani R.<sup>1</sup>, Di Mauro U.<sup>1</sup>, Napodano G.<sup>1</sup>, Realfonso T.<sup>1</sup>, Intilla O.<sup>1</sup>, Iacone M.<sup>1</sup>, Fristachi R.<sup>2</sup>, Sanseverino R.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>UOC Urologia, Osp. Umberto I, Nocera Inferiore - ASL SA1; <sup>2</sup>UOC Anatomia Patologica - Osp. M. Scarlato, ASL SA1

**151 - RIDUZIONE DELLE INFEZIONI VESCICALI CON ESTRATTO DI VACCINUM MACROCARPON DURANTE RADIOTERAPIA PER ADENOCARCINOMA PROSTATICO: RISULTATI PRELIMINARI**

*Bonetta A.<sup>1</sup>, Di Pierro F.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>UO Radioterapia Az. Ospedaliera Istituti Ospitalieri, Cremona; <sup>2</sup>Dipartimento Scientifico, Velleja Research, Pontenure

**164 - PROSTATECTOMIA RADICALE. BENDAGGIO DELL'ANASTOMOSI VESCICO-URETRALE IN PAZIENTI A MAGGIOR RISCHIO DI INCONTINENZA URINARIA**

*Cucchiareale G., Milan G.L., Mascarini G., Ferrando U.*

S.C.Urologia 3 Ospedale S.G. Battista - Molinette-Torino - Unità Funzionale Di Urologia Clinica Cellini - Torino"

**167 - RIPRESA BIOLOGICA DI MALATTIA DOPO TRATTAMENTO PRIMARIO DEL CARCINOMA PROSTATICO. CHIRURGIA DI SALVATAGGIO. PRIMI RISULTATI E PRIMI**

*Cucchiareale G., Milan G.L., Mascarini G., Ferrando U.*

S.C.Urologia 3.Ospedale S.G.Battista .Molinette.Torino- Unità Funzionale Di Urologia Clinica Cellini.Torino

**175 - PROSTATECTOMIA RADICALE VIDEOLAPAROSCOPICA NEL PAZIENTE OBESO: È PREFERIBILE L'APPROCCIO EXTRA O TRANS-PERITONEALE?**

*Falsaperla M.<sup>1</sup>, Saita A.<sup>1</sup>, Puglisi M.<sup>1</sup>, Salerno G.<sup>1</sup>, Lazzara A.<sup>1</sup>, Motta M.<sup>1</sup>, Morgia G.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Clinica urologica Università di Catania; <sup>2</sup>Clinica urologica Università di Messina

**178 - DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEL TUMORE FIBROSO SOLITARIO (TFS) DELLA PROSTATA: CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

*Galosi A.B.<sup>1</sup>, Lacetera V.<sup>1</sup>, Cantoro D.<sup>1</sup>, D'Anzeo G.<sup>1</sup>, Montironi R.<sup>2</sup>, Muzzonigro G.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Clinica Urologica; <sup>2</sup>Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Univ. Politecnica delle Marche, Ancona

**180 - PATOLOGIE INCIDENTALI RILEVATE MEDIANTE TC IN PAZIENTI CON ADENOCARCINOMA PROSTATICO A BASSO RISCHIO**

*Galosi A.B.<sup>1</sup>, D'Anzeo G.<sup>1</sup>, Lacetera V.<sup>1</sup>, Cantoro D.<sup>1</sup>, Muzzonigro G.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Univ. Politecnica delle Marche, Ancona

**188 - RADIOTERAPIA INTRA-OPERATORIA (IORT) IN CORSO DI PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA (RRP) PER CANCRO DI PROSTATA LOCALMENTE AVANZATO: ASPETTI TECNICI E DOSIMETRIA**

*Krengli M.<sup>1</sup>, Terrone C.<sup>2</sup>, Ballare A.<sup>1</sup>, Loi G.<sup>3</sup>, Tarabuzzi R.<sup>2</sup>, Marchioro G.<sup>2</sup>, Beldi D.<sup>1</sup>, Mones E.<sup>3</sup>, Bolchini C.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>2</sup>, Frea B.<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Radioterapia, Az. Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità", Novara, Italia; <sup>2</sup>Urologia, Az. Ospedaliero-Universitaria

"Maggiore della Carità", Novara, Italia; <sup>3</sup>Fisica Medica, Az. Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità", Novara, Italia;

<sup>4</sup>Urologia, Az. Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia", Udine, Italia;

**190 - WEEKLY DOCETAXEL IN HORMONE REFRACTORY PROSTATE CARCINOMA: RESULTS OF A STUDY OF FASE II**

*Lupo G., Caristi N, Gali A., Magno C, Morgia G.,Nastasi G., Altavilla G.*

UOC di oncologia medica UOC di urologiaAzienda ospedaliera Universitaria policlinico G. Martino di Messina

**208 - ESISTE UNA CORRELAZIONE TRA ESPERIENZA ED ABILITÀ DELL'OPERATORE E PERCENTUALI DI CORES POSITIVI PER CARCINOMA PROSTATICO IN CORSO DI BIOPSIA? ANALISI DI UN SINGOLO CENTRO**

*Brausi M., Castagnetti G.<sup>1</sup>, Gavioli M., Simonini G., Viola M., Borelli A., Bertoni V.*

Dipartimento di Urologia AUSL Modena; <sup>1</sup>Dipartimento di Urologia Sassuolo (MO)

**Giovedì 25 Giugno 2009 ore 8.00-9.00**

**Sala Visconti: Comunicazioni brevi - Miscellanea 1**

- Moderatori: Giampaolo Zanetti (Milano), Alberto Lapini (Firenze)

**9 - VALUTAZIONE DELLO SPESSORE DELLA PSEUDOCAPSULA PERITUMORALE IN RCC SOTTOPOSTI A CHIRURGIA CONSERVATIVA: STUDIO PROSPETTICO**

*Tuccio A.<sup>1</sup>, Minervini A.<sup>1</sup>, Mancini M.<sup>2</sup>, Di Cristofano C.<sup>2</sup>, Lanzi F.<sup>1</sup>, Marranci N.<sup>1</sup>, Siena G.<sup>1</sup>, Serni S.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza, Roma,

Polo Pontino, I.C.O.T, Latina

**34 - RUOLO DELLA RADIOTERAPIA IPOFRAZIONATA CON CYBERKNIFE NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA CLINICAMENTE LOCALIZZATO DELLA PROSTATA**

Beltramo G.<sup>1</sup>, Longo G.<sup>3</sup>, Locatelli M.C.<sup>3</sup>, Bianchi L.C.<sup>1</sup>, Brait L.<sup>1</sup>, Bergantin A.<sup>1</sup>, Locatelli F.<sup>1</sup>, Fariselli L.<sup>2</sup>, Tabiaddon D.<sup>3</sup>, D'Antona A.<sup>3</sup>, Maggioni M.<sup>3</sup>, Tombolini P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Cyberknife, Centro Diagnostico Italiano, Milano; <sup>2</sup>Divisione di Radioterapia Istituto Neurologico C. Besta, Milano; <sup>3</sup>Ospedale San Carlo Borromeo Milano

**57 - IL TAMOXIFENE POTENZIA GLI EFFETTI DELLA BICALUTAMIDE SULL'ESPRESSIONE GENICA ANDROGENO DIPENDENTE IN CELLULE DI CARCINOMA PROSTATICO LNCaP**

Mangerini R.<sup>1</sup>, Marasco A.<sup>2</sup>, Messina M.<sup>1</sup>, Ricci F.<sup>1</sup>, Sanguineti S.<sup>1</sup>, Rubagotti A.<sup>1</sup>, Pfeffer U.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Oncologia Biologia e Genetica, Università di Genova, e Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova; <sup>2</sup>S.S. Genomica Funzionale, Istituto Nazionale per la Ricerca sul

**67 - FATTORI PREDITTIVI DELLA SOPRAVVIVENZA CANCRO-SPECIFICA IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA A CELLULE RENALI METASTATICI ALLA DIAGNOSI**

Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Zigeuner R.<sup>2</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Medical University of Graz, Austria

**100 - LA DUTASTERIDE NEL TRATTAMENTO RADIANTE RADICALE ESCLUSIVO DEI PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA (ca.P.) IN CLASSE DI RISCHIO BASSA – VANTAGGI DOSIMETRICI AGLI ORGANI CRITICI**

Villa S., Pignoli E., Bedini N., Pittoni P.

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia

**101 - WHICH ARE THE PATIENTS AT RISK TO RECUR BEYOND 10 YEARS AFTER RADICAL PROSTATECTOMY?**

Scattoni V.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Villa L.<sup>1</sup>, Freschi M.<sup>2</sup>, Abdollah F.<sup>1</sup>, Capitanio U.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele, Divisione di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Scientifico San Raffaele, Servizio di Anatomia Patologica

**105 - ESISTE UNA CORRELAZIONE TRA MICROFOCOLAIO ALLA BIOPSIA E STADIO ISTOLOGICO DELLA NEOPLASIA PROSTATICA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE?**

Scattoni V.<sup>1</sup>, Villa L.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Capitanio U.<sup>1</sup>, Angiolilli D.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Maccagnano C.<sup>1</sup>, Saccà A.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Freschi M.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele

**131 - IL RISCONTRO BIOPTICO DI UN SINGOLO MICROFOCOLAIO DI CARCINOMA PROSTATICO ALLA BIOPSIA ASSOCIATO A PSA < 10 ng/ml RAPPRESENTA L'ARCHETIPO DELLA MALATTIA LOW RISK? RISULTATI ALLA SUCCESSIVA PROSTATECTOMIA RADICALE NERVE SPARING E FOLLOW UP**

Taverna G., Benecchi L.<sup>1</sup>, Grizzi F.<sup>2</sup>, Minuti F., Colombo P.<sup>3</sup>, Severo M., Giusti G., Piccinelli A., Benetti A., Corinti M., Zandegiacomo S., Maugeri O. e Graziotti P.

Unità Operativa di Urologia, Istituto Clinico Humanitas IRCCS, Rozzano; <sup>1</sup>Unità Operativa di Urologia Ospedale di Fidenza;

<sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Quantitativa, Istituto Clinico Humanitas IRCCS, Rozzano; <sup>3</sup>Department of Pathology, Istituto Clinico Humanitas IRCCS, Rozzano

**168 - ABLAZIONE PERCUTANEA CON RADIOFREQUENZA (APR) ECOGUIDATA DI PICCOLE LESIONI RENALI NEI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO: 5 ANNI DI FOLLOW UP**

Brausi M., Gavioli M., Peracchia G., De Luca G., Verrini G., Viola M., Simonini G., Giliberto G.L., Ferrari F.<sup>1</sup>

U.O. di Urologia AUSL Modena-Carpi, e U.O. di Radiologia Ospedale B. Ramazzini Carpi

**181 - INCIDENZA, SOPRAVVIVENZA E PREVALENZA DEI TUMORI DEL SURRENE IN ITALIA**

Gatta G.<sup>1</sup>, Capocaccia R.<sup>2</sup>, Tagliabue G.<sup>1</sup>, Contiero P.<sup>1</sup>, Ferretti S.<sup>3</sup> e il gruppo di lavoro del progetto RITA

<sup>1</sup>Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano; <sup>2</sup>Reparto di Epidemiologia dei Tumori, ISS, Roma <sup>3</sup>Università di Ferrara, Anatomia Patologica

**214 - INFLUENZA DEL PSA TOTALE, DELLA PSA VELOCITY E DEL PSA DOUBLING TIME SULLA DETECTION RATE DELLA 11C COLINA PET/CT IN PAZIENTE CON RIPRESA BIOCHIMICA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE**

Schiavina R., Sanguedolce F., Franceschelli A., Bertaccini A., Brunocilla E., Concetti S., Manfredi F., Garofalo M., Borgatti F., Guidi M., Ricci V., Cicchetti G., Gerace T., Dababne S., Martorana G.

Clinica Urologica Università di Bologna

**219 - APPLICAZIONE DI NANOPARTICELLE DI FERRO (ULTRASMALL SUPERPARAMAGNETIC IRON OXIDE NANOPARTICLE-USPIO, SINEREM, GUERBET, PARIS) COME MEZZO DI CONTRASTO SUPERPARAMAGNETICO PER LA DETEZIONE DELLE METASTASI LINFONODALI DA TUMORE PROSTATICO O VESCICALE**

Introini C., Baio G.<sup>1</sup>, Naselli A., Andreatta R., Spina B.<sup>2</sup>, Truini M.<sup>2</sup>, Dardano L.<sup>3</sup>, Neumaier C.E., Puppo P.

S.C. Urologia Oncologica, <sup>1</sup>Dipartimento di Diagnostica per Immagini, <sup>2</sup>S.C. Anatomia Patologica, Ist-Istituto Tumori - Genova;

<sup>3</sup>Scuola di Specialità in Radiodiagnostica Università di Genova

Giovedì 25 Giugno 2009 ore 8.00-9.00

**Sala Sforza: Comunicazioni brevi - Prostata 3**

Moderatori: Domenico Prezioso (Napoli), Giovanni Rosti (Treviso)

**3 - ACUTE TOXICITY OF SALVAGE HYPOFRACTIONATED RADIATION TREATMENT WITH TOMOTHERAPY  
IN 52 POST-OPERATIVELY PATIENTS WITH PROSTATE**

*Alongi F.<sup>1,2</sup>, Cozzarini C.<sup>1</sup>, Fiorino F.<sup>3</sup>, Berardi G.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>4</sup>, Calandrino R.<sup>3</sup>, Di Muzio N.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Istituto Scientifico San Raffaele, Radioterapia; <sup>2</sup>IBFM-CNR <sup>3</sup>Fisica Medica; <sup>4</sup>Urologia

**5 - PSA E CANCRO DELLA PROSTATA NEI PAZIENTI OBESI: VALUTAZIONE DELL'ACCURATEZZA DIAGNOSTICA  
DEL PSA IN UN GRUPPO DI PAZIENTI OBESI SOTTOPOSTI A BIOPSIA PROSTATICA**

*De Nunzio C., Bañez L.L.<sup>1</sup>, Tubaro A., Trucchi A., Miano R.<sup>2</sup>, Freedland S.J.<sup>1</sup>, Cantiani A., Iori F.*

Dipartimento di Urologia, Ospedale Sant'Andrea, Università "La Sapienza", Roma <sup>1</sup>Division of Urologic Surgery and the Duke Prostate Center, Department of Surgery, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, Università "Tor Vergata", Roma

**48 - PET (METIONINA) ED RMN DINAMICA CON SPETTROSCOPIA (COLINA) NELLA VALUTAZIONE DEL BOUNCE  
DEL PSA IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA (ca.P.) SOTTOPOSTI A 3D-CRT A DOSI DI RADICALITÀ**

*Villa S.<sup>1</sup>, Bedini N.<sup>1</sup>, Stagni S.<sup>2</sup>, Biononi D.<sup>2</sup>, Crippa F.<sup>1</sup>, Messina A.<sup>1</sup>, Colecchia M.<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia; <sup>2</sup>Dipartimento di Chirurgia - SC Oncologia Chirurgica Urologica; <sup>3</sup>Dipartimento di Patologia

**74 - CARATTERIZZAZIONE DELLE PROTEINE LEGANTI LE SEQUENZE MARS NEL CARCINOMA PROSTATICO**

*Barboro P.<sup>1</sup>, Repaci E.<sup>1</sup>, Spina B.<sup>1</sup>, Truini M.<sup>1</sup>, Rubagotti A.<sup>1,2</sup>, Boccardo F.<sup>1,2</sup>, Balbi C.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro; <sup>2</sup>Dipartimento di Oncologia, Biologia e Genetica, Università di Genova

**102 - TIME FROM PROSTATE BIOPSY TO RADICAL PROSTATECTOMY REPRESENTS AN INDEPENDENT  
PREDICTOR OF PROSTATE CANCER SIGNIFICANT UPGRADING**

*Scattoni V.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Villa L.<sup>1</sup>, Freschi M.<sup>2</sup>, Abdollah F.<sup>1</sup>, Umberto Capitanio U.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Istituto Scientifico San Raffaele, Divisione di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Sientifico San Raffaele, Servizio di Anatomia Patologica

**110 - IPOREGOLAZIONE DI CYR 61 IN LINEE CELLULARI DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO TRATTATE CON ACIDO  
ZOLEDRONICO(ZOL) E DOCETAXEL(DTX): UNA NUOVA STRATEGIA TERAPEUTICA**

*Altieri V.<sup>4</sup>, Marra M.<sup>1</sup>, Abbruzzese A.<sup>1</sup>, Meo G.<sup>1</sup>, Zappavigna S.<sup>1</sup>, Vincenzi B.<sup>2</sup>, Addeo SR.<sup>1</sup>, Baldi A.<sup>1</sup>, Rosolowski M.<sup>3</sup>, Loeffler M.<sup>3</sup>, Tonini G.<sup>2</sup>, Santini D.<sup>2</sup>, Caraglia M.<sup>1</sup>, Ferro M.<sup>4</sup>*

<sup>1</sup>Department of Biochemistry and Biophysics, Second University of Naples; <sup>2</sup>Medical Oncology, University Campus Bio-Medico, Rome, Italy; <sup>3</sup>Institute for Medical Informatics, Statistics and Epidemiology, University of Leipzig, Germany; <sup>4</sup>Urology Clinic, Federico II University, Naples, Italy

**114 - CANCER SPECIFIC OUTCOMES OF PATIENTS WITH GLEASON 8-10 AT RADICAL PROSTATECTOMY.  
RESULTS OF A SINGLE-INSTITUTION SERIES**

*Colombo R.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Capitanio U.<sup>1</sup>, Scattoni V.<sup>1</sup>, Karakiewicz P.I.<sup>2</sup>, Freschi M.<sup>3</sup>, Doglioni C.<sup>3</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Bertini R.<sup>1</sup>, Da Pozzo, L.F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Vita-Salute University San Raffaele, Dept. of Urology, Milan, Italy; <sup>2</sup>University of Montreal, Cancer Prognostic and Health Outcome Unit, Montreal, Canada, <sup>3</sup>Vita-Salute University San Raffaele, Dept. of Pathology, Milan, Italy"

**115 - LEARNING CURVE IS ENDLESS: BIOCHEMICAL RECURRENCE RATES KEEP VARYING AMONG HIGH VOLUME  
RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY**

*Colombo R., Gallina A., Suardi N., Briganti A., Passoni N.M., Bianchi M., Salonia A., Da Pozzo L.F., Scattoni V., Rigatti P., Montorsi F.*

University Vita Salute San Raffaele Hospital, Dept. of Urology, Milan, Italy

**117 - ISOLATED BLADDER NECK INVOLVEMENT FROM PROSTATE CANCER SHOULD NOT BE CONSIDERED  
AS PT4 DISEASE**

*Colombo R.<sup>1</sup>, Gallina A., Briganti A.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Bianchi M.<sup>1</sup>, Passoni N.<sup>1</sup>, Salonia A.<sup>1</sup>, Abdollah F.<sup>1</sup>, Scattoni V.<sup>1</sup>, Freschi, M.<sup>2</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>, Montorsi, F.<sup>1</sup>*

Vita-Salute University San Raffaele, Dept. of Urology, Milan, Italy Vita-Salute University San Raffaele, Dept. of Pathology, Milan, Italy

**127 - L'ESTRADIOLO INFLUENZA L'ESPRESSIONE DEI RECETTORI DELLA SOMATOSTATINA E POTENZIA GLI EFFETTI  
DEL SOM230 SULLE CELLULE PROSTATICHE**

*Prezioso D.<sup>1</sup>, Iapicca G.<sup>1</sup>, Galasso R.<sup>1</sup>, Annunziata E.<sup>1</sup>, Iacono F.<sup>1</sup>, Rossi V.<sup>2</sup>, Visconti D.<sup>2</sup>, Sinisi A.A.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Clinica Urologica, Università "Federico II" Napoli; <sup>2</sup>Cattedra di Endocrinologia, Seconda Università di Napoli (SUN)

**201 - RUOLO DELLA RISONANZA MAGNETICA CON SPETTROSCOPIA (MRSI) E DINAMICA (DCEMR) NELLA DIAGNOSI  
DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO IN PAZIENTI CON PRECEDENTE BIOPSIA NEGATIVA ED ELEVATI VALORI DI PSA**

*Sciarra A., Panebianco V., Lisi D., Gentilucci A., Salciccia S., Alfarone A., Di Silverio F., Gentile V.*

Dipartimento di urologia e Radiologia Università Sapienza di Roma

**202 - INFIAMMAZIONE, HGPIN E CARCINOMA PROSTATICO: RISONANZA MAGNETICA  
CON SPETTROSCOPIA E STUDIO DINAMICO**

Sciarra A., Panebianco V., Lisi D., Gentilucci A., Salciccia S., Alfarone A., Di Silverio F., Gentile V.  
Dipartimento di urologia e Radiologia Università Sapienza di Roma

Giovedì 25 Giugno 2009 ore 8.00-9.00

**Sala Borromeo: Comunicazioni brevi - Miscellanea 2**

Moderatori: Fortunata Iacopino (Roma), Fabio Manferrari (Bologna)

**18 - LE ALTERAZIONI DEL GENE VHL PROMUOVONO LA PROGRESSIONE TUMORALE NEL CARCINOMA RENALE A  
CELLULE CHIARE INTRACAPSULARE MEDIANTE LA LOCALIZZAZIONE NUCLEARE DEL HIF-1 $\alpha$**

Minervini A.<sup>1</sup>, Di Cristofano C.<sup>2</sup>, Vittori G.<sup>1</sup>, Tuccio A.<sup>1</sup>, Lanzi F.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Bevilacqua G.<sup>3</sup>, Cavazzana A.<sup>3</sup>, Minervini R.<sup>4</sup>, Carini M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Università di Firenze, AOUC; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza, Roma, Polo Pontino, I.C.O.T, Latina;  
<sup>3</sup>Dipartimento di Oncologia, Divisione di Patologia Chirurgica, Molecolare e Ultrastrutturale, Università di Pisa; <sup>4</sup>Dipartimento di Chirurgia

**19 - RUOLO PROGNOSTICO ED ETIOPATOGENESI DELLA NECROSI ISTOLOGICA COAGULATIVA NEL CARCINOMA  
RENALE A CELLULE CHIARE NON METASTATICO**

Minervini A.<sup>1</sup>, Lanciotti L.<sup>1</sup>, Di Cristofano C.<sup>2</sup>, Gacci M.<sup>1</sup>, Lanzi F.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Nesi G.<sup>3</sup>, Bevilacqua G.<sup>4</sup>, Minervini R.<sup>5</sup>, Carini M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza, Roma, Polo  
Pontino, I.C.O.T, Latina; <sup>3</sup>Dipartimento di Patologia Umana, Università di Firenze, AOUC; <sup>4</sup>Dipartimento di Oncologia, Divisione di  
Patologia Chirurgica, Molecolare e Ultrastrutturale, Università di Pisa; <sup>5</sup>Dipartimento di Chirurgia, Clinica

**66 - IDENTIFICAZIONE DEL NUMERO MINIMO DI LINFONODI RIMOSI DURANTE NEFRECTOMIA RADICALE  
NECESSARI PER UN'ACCURATA STADIAZIONE DEL CARCINOMA A CELLULE RENALI**

Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>2</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Matloob R.<sup>1</sup>, Scattoni V.<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Terrone C.<sup>2</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Ospedale Maggiore della Carità, Novara

**77 - STUDIO DEL COINVOLGIMENTO DEL POLYOMAVIRUS BKV NELLA PATOGENESI DEI TUMORI  
DEL TRATTO URO-GENITALE**

Matei D.V.<sup>1</sup>, Delbue S.<sup>2</sup>, Tremolada S.<sup>2</sup>, Elia F.<sup>3</sup>, Carloni C.<sup>2</sup>, Nordio A.<sup>1</sup>, Brescia A.<sup>1</sup>, Salomoni G.<sup>3</sup>, Bregni M.<sup>4</sup>, de Cobelli O.<sup>5</sup>, Ferrante P.<sup>2,3</sup>  
<sup>1</sup>Divisione di Urologia Oncologica Robotica, Ospedale San Giuseppe, Milano; <sup>2</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica-Microbiologia-  
Virologia, Università degli Studi di Milano; <sup>3</sup>Centro di Ricerca Trasazionale e Laboratorio di Patologia, Ospedale San Giuseppe;  
<sup>4</sup>Divisione di Oncologia Medica, Ospedale San Giuseppe, Milano; <sup>5</sup>Divisione di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

**94 - PROSTATECTOMIA RADICALE VIDEOLAPAROSCOPICA: I PRIMI 100 PAZIENTI**

Sanseverino R., Intilla O., Napodano G., Di Mauro U., Realfonso T., Iacone M.  
UOC Urologia, Osp Umberto I

**122 - CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE PER IL CARCINOMA PROSTATICO: COSA ABBIAMO IMPARATO**

Matei D.V.<sup>1</sup>, Nordio A.<sup>1</sup>, Brescia A.<sup>1</sup>, Delbue S.<sup>2</sup>, Salomoni G.<sup>3</sup>, Bregni M.<sup>4</sup>, de Cobelli O.<sup>5</sup>, Ferrante P.<sup>2,3</sup>  
<sup>1</sup>Divisione di Urologia Oncologica Robotica, Ospedale San Giuseppe, Milano; <sup>2</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica-Microbiologia-  
Virologia, Università degli Studi di Milano; <sup>3</sup>Centro di Ricerca Trasazionale e Laboratorio di Patologia, Ospedale San Giuseppe;  
<sup>4</sup>Divisione di Oncologia Medica, Ospedale San Giuseppe, Milano; <sup>5</sup>Divisione di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia

**130 - SOPRAVVIVENZA CANCRO-SPECIFICA IN 108 PAZIENTI CONSECUTIVI SOTTOPOSTI A NEFROURETERECTOMIA**

Siracusano S.<sup>1</sup>, Giberti C.<sup>2</sup>, Ciciliato S.<sup>1</sup>, Gallo F.<sup>2</sup>, Visalli F.<sup>2</sup>, Lampropoulou N.<sup>1</sup>, Belgrano E.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Clinica Urologica, Università degli Studi di Trieste - Trieste; <sup>2</sup>UCO di Urologia, Ospedale S. Paolo - Savona

**174 - RICERCA DI NUOVI MARCATORI TUMORALI NEL CARCINOMA A CELLULE RENALI**

Destefanis P.<sup>1</sup>, Barbero G.<sup>2</sup>, Bosio A.<sup>1</sup>, Bisconti A.<sup>1</sup>, De Maria C.<sup>1</sup>, Cugiani A.<sup>1</sup>, Negro C.<sup>1</sup>, Carchedi M.<sup>1</sup>, Buffardi A.<sup>1</sup>, Schillaci C.<sup>1</sup>,  
Mandilli G.<sup>2</sup>, Khadjavi A.<sup>2</sup>, Giribaldi G.<sup>2</sup>, Ceruti C.<sup>1</sup>, Turrini F.<sup>2</sup>, Fontana D.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2 Ospedale San Giovanni Battista "Molinetto" - Torino; <sup>2</sup>Dipartimento di Genetica, Biologia e  
Biochimica, Università degli Studi di Torino

**182 - LA SOPRAVVIVENZA DEI PAZIENTI CON TUMORE UROGENITALE IN EUROPA**

Gatta G.<sup>1</sup>, Zigon G.<sup>1</sup> e il gruppo di lavoro EURO CARE  
Unità di Epidemiologia valutativa, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

**183 - PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA VERSUS BRACHITERAPIA PER IL TRATTAMENTO  
DEL TUMORE PROSTATICO A BASSO RISCHIO: STUDIO PROSPETTICO RANDOMIZZATO  
CON UN FOLLOW-UP MEDIO DI 5 ANNI**

Giberti C., Chiono L., Gallo F., Gastaldi E., Schenone M., Cortese P.  
Dipartimento di Chirurgia, Divisione di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona

**186 - RADIOTERAPIA ADIUVANTE E RADIOTERAPIA DI SALVATAGGIO: L'ESPERIENZA DI IVREA**

Girelli G.<sup>1</sup>, Sciacero P.<sup>1</sup>, La Porta M.R.<sup>1</sup>, Cante D.<sup>1</sup>, Ozzello F.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Servizio di radioterapia ASL TO<sup>4</sup> Ivrea

**195 - PROSTATECTOMIA RADICALE PER IL CANCRO DI PROSTATA LOCALMENTE AVANZATO COME PRIMO STEP  
DI UN TRATTAMENTO MULTIMODALE: STUDIO MULTI-ISTITUZIONALE EUROPEO**

Marchioro G.<sup>1</sup>, Gontero P.<sup>2</sup>, Joniau S.<sup>3</sup>, Spahn M.<sup>4</sup>, Tombal B.<sup>5</sup>, Bader P.<sup>6</sup>, Frohneberg D.<sup>6</sup>, Bangma C.<sup>7</sup>, Walz J.<sup>8</sup>, Tizzani A.<sup>3</sup>,  
Terrone C.<sup>1</sup>, Frea B.<sup>9</sup>, Van Cangh P.<sup>5</sup>, Schröder F.<sup>7</sup>, Huland H.<sup>8</sup>, Van Poppel H.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University of Piemonte Orientale, Dept. Of Urology, Novara, Italy; <sup>2</sup>University Of Turin, Dept. Of Urology, Torino, Italy; <sup>3</sup>University Hospitals Leuven, Dept. Of Urology, Leuven, Belgium; <sup>4</sup>Julius Maximilians Universität Würzburg, Dept. Of Urology, Würzburg, Germany; <sup>5</sup>Université Catholique De Louvain, Dept. Of Urology, Brussels, Belgium; <sup>6</sup>Community Hospital Karlsruhe, Dept. Of Urology, Karlsruhe, Germany; <sup>7</sup>Erasmus Mc Rotterdam, Dept. Of Urology, Rotterdam, Netherlands; <sup>8</sup>University Medical Centre Eppendorf, Dept. Of Urology, Hamburg, Germany

Giovedì 25 Giugno 2009 ore 14.00-15.00

**Area poster A - Poster**

Moderatori: Nicola Longo (Napoli), Enrico Bollito (Orbassano - TO), Sergio Bracarda (Perugia), Cristiana Angelucci (Roma)

**14 - FIBROSI RETROPERITONEALE IDIOPATICA: CASE REPORT**

Ubbiali A.<sup>1</sup>, Dell'acqua S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oncogeriatría Pio Albergo Trivulzio, Milano; <sup>2</sup>Serv. Urologia, Pio Albergo Trivulzio, Milano

**16 - ANALISI ISTOPATOLOGICA DELLA PSEUDOCAPSULA PERITUMORALE E DEI MARGINI CHIRURGICI IN RCC  
TRATTATI MEDIANTE TECNICA DI ENUCLEAZIONE: STUDIO PROSPETTICO MONOCENTRICO**

Minervini A.<sup>1</sup>, Tuccio A.<sup>1</sup>, Di Cristofano C.<sup>2</sup>, Lanzi F.<sup>1</sup>, Mantella A.<sup>1</sup>, Rossetti M.A.<sup>1</sup>, Vittori G.<sup>1</sup>, Serni S.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza, Roma, Polo Pontino, I.C.O.T, Latina

**27 - TUMORE FIBROSO SOLITARIO INTRARENALE: CASE REPORT E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Longo F.<sup>1</sup>, Mangiarotti B.<sup>1</sup>, Del Nero A.<sup>1</sup>, Bernardini P.<sup>1</sup>, Kartalas-Goumas I.<sup>1</sup>, Avogadro A.<sup>1</sup>, Cordima G.<sup>1</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>,  
Hussein Y.M.I.<sup>1</sup>, Gazzano G.<sup>2</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica III - Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano; <sup>2</sup>Cattedra di anatomia ed istologia patologica II - Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano

**29 - VALUTAZIONE DEL RUOLO EMOSTATICO ED ONCOLOGICO DELLA DIATERMOCOAGULAZIONE  
DEL LETTO CHIRURGICO IN RCC TRATTATI MEDIANTE ENUCLEAZIONE**

Lanzi F., Minervini A., Rossetti M.A., Tuccio A., Serni S., Siena G., Giancane S., Lapini A., Carini

Clinica Urologica I, Università di Firenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

**35 - TERAPIA CON SUTINIB PER RECIDIVA LOCALE MULTIPLA DI CARCINOMA RENALE IN MONORENE**

Vittori G.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Baldazzi V.<sup>2</sup>, Lanciotti M.<sup>1</sup>, Gacci M.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departimento di Urologia, ospedale di Careggi, Università di Firenze, Firenze, Italia; <sup>2</sup>Departimento di Oncologia, Ospedale di Careggi, Università di Firenze, Firenze, Italia

**47 - SINGLE PORT ADRENALECTOMY**

Gigaro S.<sup>1,2</sup>, Tamburo F.R.<sup>1</sup>, Schips L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ospedale "S. Pio da Pietrelcina", Vasto (CH), Italia; <sup>2</sup>Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Sperimentali, Università Chieti-Pescara, Chieti, Italy

**56 - RADIOTERAPIA DI SALVATAGGIO IN PAZIENTI AFFETTI DA ADENOCARCINOMA DELLA PROSTATA  
PRECEDENTEMENTE TRATTATI CON HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU):**

**RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO PILOTA**

Munoz F.<sup>1</sup>, D'Urso L.<sup>1</sup>, Franco P.<sup>1</sup>, Guarneri A.<sup>1</sup>, Ciammella P.<sup>1</sup>, NamysA.-Kaletka A.<sup>3</sup>, Destefanis P.<sup>2</sup>, Muto G.<sup>4</sup>, Ricardi U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Radioterapia, Università degli Studi di Torino, AOU San Giovanni Battista-Molinette di Torino (Italia);

<sup>2</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2, Università degli Studi di Torino, AOU San Giovanni Battista-Molinette di Torino (Italia);

<sup>3</sup>Memorial Institute Maria Sklodowska-Curie, Center Oncology. Gliwice (Polonia); <sup>4</sup>Divisione di Urologia. Ospedale

**59 - TRATTAMENTO CONSERVATIVO NEPHRON SPARING NEL TUMORE PAPILLARE: NOSTRA ESPERIENZA**

Seveso M.<sup>1</sup>, Taverna G.L.<sup>1</sup>, Giusti G.<sup>1</sup>, Maugeri O.<sup>1</sup>, Benetti A.<sup>1</sup>, Pasini L.<sup>1</sup>, Corinti M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istituto Clinico Humanitas, Unità Operativa di Urologia

**61 - CHIRURGIA "NEPHRON-SPARING" PER CARCINOMA A CELLULE RENALI:  
FUNZIONALITÀ RENALE E SOPRAVVIVENZA**

Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Angiolilli D.<sup>1</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Matloob R.<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Da Pozzo L.<sup>2</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Ospedali Riuniti, Bergamo

**65 - IL NUMERO DI LINFONODI POSITIVI INFLUISCE SULLA SOPRAVVIVENZA CANCRO- SPECIFICA  
NEI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA A CELLULE RENALI CON LINFONODI POSITIVI**

Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>2</sup>, Scattoni V.<sup>1</sup>, Angiolilli D.<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Terrone C.<sup>2</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Ospedale Maggiore della Carità, Novara

**73 - PAPILOMA INVERTITO DEL TRATTO URINARIO ALTO**

Altieri V.M.<sup>1</sup>, Castellucci R.<sup>1</sup>, Berardinelli F.<sup>1</sup>, Verratti V.<sup>2</sup>, Iannucci M.<sup>3</sup>, Olivieri R.<sup>1</sup>, Angelucci D.<sup>1</sup>, Altieri B.<sup>4</sup>, Zezza A.<sup>1</sup>, e Tenaglia R.L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ospedale CLINICIZZATO - SS. ANNUNZIATA di Chieti; <sup>2</sup>Dipartimento di scienze mediche di base ed applicate di Chieti; <sup>3</sup>Asl 11 di Vercelli; <sup>4</sup>Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

**76 - IMAGING RECETTORIALE DELLE NEOPLASIE PROSTATICHE CON ELEVATA CROMOGRANINA**

*Borzone C.<sup>1</sup>, Villa G.<sup>2</sup>, Gandolfo P.<sup>2</sup>, Sambuceti G.<sup>2</sup>, Carmignani G.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Clinica Urologica - A.O. Ospedale Università San Martino di Genova; <sup>2</sup>U.C. di Medicina Nucleare - A.O. Ospedale Università San Martino di Genova

**80 - I LIPOSARCOMI RENALI E LA PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA NELLA DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE**

*Tosco L.<sup>1</sup> Crivellaro S.<sup>1</sup> Guaitoli P.<sup>1</sup> Kocjancic E.<sup>1</sup> Freja B.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

**86 - ENUCLEORESEZIONE RENALE LAPAROSCOPICA: TECNICA CHIRURGICA E**

*Maugeri O., Piccinelli A., Giusti G., Seveso M., Benetti A., Taverna G., Graziotti P.*

Unita Operativa di Urologia Istituto Clinico Humanitas

**88 - MIR-205 ESERCITA FUNZIONI ONCOSOPPRESSORIE NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA**

*Gandellini P.<sup>1</sup>, Folini M.<sup>1</sup>, Longoni N.<sup>1</sup>, Pennati M.<sup>1</sup>, Colecchia M.<sup>2</sup>, Salvioni R.<sup>3</sup>, Daidone M.G.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>4</sup> e Zaffaroni N.<sup>1</sup>*

Dipartimenti di <sup>1</sup>Oncologia Sperimentale, <sup>2</sup>Anatomia Patologica, <sup>3</sup>Urologia e <sup>4</sup>Direzione Scientifica Programma Prostata - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

**93 - NEFRECTOMIA PARZIALE VIDEOLAPAROSCOPICA: TECNICHE DI EMOSTASI**

*Sanseverino R., Intilla O., Napodano G., Di Mauro U., Realfonso T., Iacone M.*

UOC Urologia, Osp. Umberto I

**111 - RISPOSTA A SUNITINIB NEOADIUVANTE PER TUMORE RENALE METASTATICO: CASE REPORT**

*Baldazzi V.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>2</sup>, Tassi R.<sup>1</sup>, Muto A.<sup>1</sup>, Santomaggio C.<sup>1</sup>, Cipriani G.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Oncologia Medica 2 - AUO Careggi - Firenze; <sup>2</sup>Clinica Urologica 1 - AUO Careggi

**113 - L'INFILTRAZIONE DEGLI SPAZI PERINEURALI (ISPN) COME VARIABILE INDIPENDENTE NELLA PROGRESSIONE DI CARCINOMA PROSTATICO DOPO TRATTAMENTO RADICALE**

*Brancato T.<sup>1</sup>, Orsolini G.<sup>1</sup>, Paulis G.<sup>1</sup>, Nupieri P.<sup>1</sup>, Alvaro R.<sup>2</sup>, D'Ascenzo R.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>UOD Urologia Ospedale Regina Apostolorum- Albano Laziale Roma; <sup>2</sup>Università di Roma Tor

**133 - IPOTIROIDISMO INDOTTO DA SUNITINIB IN UN PAZIENTE IN TERAPIA SOSTITUTIVA CON LEVOTIROXINA**

*Baldazzi V.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>2</sup>, Tassi R.<sup>1</sup>, Muto A.<sup>1</sup>, Santomaggio C.<sup>1</sup>, Cipriani G.<sup>1</sup>, Lanzi F.<sup>2</sup>, Carini M.<sup>2</sup>, Mazzanti R.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Oncologia Medica 2 - AUO Careggi - Firenze; <sup>2</sup>Clinica Urologica 1 - AUO Careggi

**136 - AUMENTO DELLA CONCORDANZA TRA GLEASON SCORE BIOPSTICO E ISTOLOGICO DEFINITIVO: CONFRONTO TRA LA METODICA A 6 CORES VS 12**

*D'Ascenzo R.<sup>1</sup>, Orsolini G.<sup>1</sup>, Paulis G.<sup>1</sup>, Nupieri P.<sup>1</sup>, Alvaro R.<sup>2</sup>, Brancato T.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>UOD Urologia Ospedale Regina Apostolorum - Albano Laziale Roma; <sup>2</sup>Università di Roma Tor Vergata

**140 - IMPATTO DELLA RIABILITAZIONE URINARIA PRE-OPERATORIA SULLA RIPRESA DELLA CONTINENZA URINARIA POST-PROSTATECTOMIA RADICALE RETRO PUBICA: NOSTRA ESPERIENZA**

*Altieri V.<sup>1</sup>, Di Lorenzo G.<sup>2</sup>, Montanaro V.<sup>2</sup>, Marsicano M.<sup>2</sup>, Ceglia A.<sup>1</sup>, Castelluzzo G.<sup>1</sup>, Castaldo L.<sup>1</sup>, Tronino M.<sup>1</sup>, Ferro M.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Urology Clinic, Federico II University, Naples, Italy; <sup>2</sup>Oncology Division, Federico II University, Naples, Italy

**145 - NEFROURETERECTOMIA LAPAROSCOPICA CON COMPLETA BLADDER CUFF**

*<sup>1</sup>Autran-Gomez A.M., <sup>1</sup>Ghazzi A., <sup>1</sup>Janetschek G.*

Dipartimento Di Urologia Krankenhaus Elisabethinen Linz - Universita Di Vienna Ed Innsbruck

**157 - TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DI NEOPLASIA GERMINALE RETROPERITONEALE EXTRAGONADICO: PRESENTAZIONE DI UN CASO**

*Carchedi M.<sup>1</sup>, Negro C.<sup>1</sup>, Destefanis P.<sup>1</sup>, Bisconti A.<sup>1</sup>, Bosio A.<sup>1</sup>, Liberale F.<sup>1</sup>, De Maria C.<sup>1</sup>, Cugiani A.<sup>1</sup>, Buffardi A.<sup>1</sup>, Schillaci C.<sup>1</sup>, Lista P.<sup>2</sup>, Chiappino I.<sup>2</sup>, Ciuffreda L.<sup>1</sup>, Fontana D.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale "San Giovanni Battista - Molinette", Torino; <sup>2</sup>Divisione di Oncologia 1, Ospedale "San Giovanni Battista - Molinette", Torino

**161 - CHIRURGIA UROLOGICA ONCOLOGICA MAGGIORE IN PAZIENTI AD ALTISSIMO RISCHIO CARDIOLOGICO**

*Carmignani L., Picozzi S., Stubinski R., Bozzini G., Lunelli L., Marengi C., Arena D.*

Divisione Universitaria di Urologia, IRCCS Policlinico San Donato, Università di Milano

**163 - PROSTATECTOMIA RADICALE PERINEALE. RAZIONALITÀ DI TALE PERCORSO**

*Cucchiareale G., Milan G.L., Mascarini G., Ferrando U.*

S.C.Urologia <sup>3</sup> Ospedale S.G.Battista - Molinette-Torino Unità Funzionale Di Urologia -Clinica Cellini - Torino

**169 - ENUCLEAZIONE MININVASIVA OPEN VS ABLAZIONE PERCUTANEA CON RADIOFREQUENZA (APR) DI PICCOLE MASSE RENALI < 3 CM IN PAZIENTI ANZIANI: RISULTATI A LUNGO TERMINE**

*Brausi M., Giliberto G.L., De Luca G., Gavioli M., Verrini G., Viola M., Giancarlo P.*

U.O.di Urologia Ausl Modena- Carpi

**179 - CHIRURGIA DEL CARCINOMA DELL'URETRA BULBARE DI STADIO AVANZATO: CASE REPORT E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Galosi A.B.<sup>1</sup>, Lacetera V.<sup>1</sup>, Cantoro D.<sup>1</sup>, D'Anzeo G.<sup>1</sup>, Mazzucchelli R.<sup>2</sup>, Montironi R.<sup>2</sup>, Muzzonigro G.<sup>1</sup> primo autore Galosi A.B.  
<sup>1</sup>Clinica Urologica, <sup>2</sup>Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Univ. Politecnica delle Marche, Ancona

**191 - SUNITINIB NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA A CELLULE RENALI METASTATICO DEL PAZIENTE "POOR PERFORMANCE STATUS": REPORT PRELIMINARE MONOCENTRICO**

Luporini A.G.L.<sup>1</sup>, Carmignani L.<sup>2</sup>, Picozzi S.<sup>2</sup>, Bozzini G.<sup>2</sup>, Galeassi A.<sup>1</sup>, Navoni N.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Divisione di Oncologia Medica II, IRCCS Policlinico San Donato, Università di Milano; <sup>2</sup>Divisione Universitaria di Urologia, IRCCS Policlinico San Donato, Università di Milano

**215 - INFLUENZA DELLA DEPRIVAZIONE ORMONALE SUL RISULTATO DELLA 11C COLINA PET/CT IN PAZIENTI CON NEOPLASIA PROSTATICA**

Schiavina R., Manfredi F., Franceschelli A., Sanguedolce F., Bertaccini A., Brunocilla E., Concetti S., Garofalo M., Bizzarri C., Perneti R., Rocca C., Guidi M., Dababne S., Martorana G.  
Clinica Urologica Università di Bologna

**217 - QUAL'E' L'IMPATTO DEI MARGINI POSITIVI SULLA RIPRESA BIOCHIMICA NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA**

Franceschelli A., Schiavina R., Sanguedolce F., Bertaccini A., Brunocilla E., Concetti S., Manfredi F., Garofalo M., Dababne S., Pultrone C., Molducci S., Rocca C., Baccos A., Cicchetti G., Martorana G.  
Clinica Urologica Università di Bologna

Giovedì 25 Giugno 2009 ore 14.00-15.00

**Area Poster B - Poster**

Moderatori: Roberto Bertini (Milano), Oscar Nappi (Napoli), Maria Flavia Di Renzo (Candiolo - TO), Giovanni Fellin (Trento), Alfredo Berruti (Torino)

**6 - UROTELIOMI VESCICALI A BASSO RISCHIO: QUANTO AFFIDABILI SONO LE EORTC RISK TABLES?**

Serretta V.<sup>1</sup>, Ruggirello A.<sup>1</sup>, Passalacqua D.<sup>1</sup>, Giamo R.<sup>1</sup>, Daricello D.<sup>2</sup>, Aragona F.<sup>2</sup>, Allegro R.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>Sezione di Urologia. Dipartimento di Medicina Interna, Malattie Cardio-vascolari e Nefro-Urologiche, Università degli Studi di Palermo; <sup>2</sup>Dipartimento di Patologia Umana <sup>3</sup>Dip. Scienze Statistiche e Matematiche, Università di Palermo

**10 - ANALISI DEI FATTORI DI RISCHIO DI INVASIONE DELLA PSEUDOCAPSULA PERITUMORALE IN RCC SOTTOPOSTI A CHIRURGIA CONSERVATIVA: STUDIO PROSPETTICO MONOCENTRICO**

Tuccio A.<sup>1</sup>, Minervini A.<sup>1</sup>, Lanzi F.<sup>1</sup>, Di Cristofano C.<sup>2</sup>, Giancane S.<sup>1</sup>, Tosi N.<sup>1</sup>, Marchi M.<sup>3</sup>, Serni S.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza, Roma, Polo Pontino, I.C.O.T, Latina; <sup>3</sup>Dipartimento di Statistica

**13 - ENUCLEAZIONE SEMPLICE DI VOLUMINOSA NEOPLASIA RENALE IN MONORENE PELVICO**

Ilerardi A.<sup>1</sup>, Gacci M.<sup>1</sup>, Moreno Mendoza D.<sup>1</sup>, Vittori G.<sup>1</sup>, Mantella A.<sup>1</sup>, Lapini A., Serni S.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Clinica Urologica I, AOUC, Università degli Studi di Firenze

**15 - NEFROBLASTOMA (TUMORE DI WILMS) IN UNA GIOVANE DONNA IN GRAVIDANZA: UN CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Buffardi A., Negro C., Bosio A., Destefanis P., Bisconti A., De Maria C., Cugiani A., Carchedi M., Schillaci C., Liberale F., Fontana D.  
Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale "San Giovanni Battista - Molinette", Torino

**25 - POLIMORFISMI DI MMP1 E MMP2 NEL TUMORE DELLA VESCICA**

Longo F.<sup>1</sup>, Biondi M.L.<sup>2</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>, Nadry H.<sup>2</sup>, Banfi E.<sup>2</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Clinica urologica III -Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano; <sup>2</sup>USD Diagnostica Molecolare Infettivologica -Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano

**30 - TUMORI RENALI MULTIPLI IPSILATERALI: RISULTATI CHIRURGICI ED ONCOLOGICI DELL'ENUCLEAZIONE TUMORALE VS NEFRECTOMIA RADICALE**

Lanzi F., Minervini A., Giubilei G., Vittori G., Rossetti M.A., Tuccio T., Mantella A., Lapini A., Serni S., Carini M.  
Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC

**32 - METASTASI VESCICALE DA ADENOCARCINOMA DELLO STOMACO: DESCRIZIONE DI UN CASO**

Morelli F.<sup>1</sup>, Ricci Barbini V.<sup>2</sup>, Beccia E.<sup>2</sup>, Setola P.<sup>2</sup>, Cisternino A.<sup>2</sup>, Bisceglia M.<sup>3</sup> e Maiello E.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>U.O. Oncologia, <sup>2</sup>U.O. Urologia, <sup>3</sup>Anatomia Patologica IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza San Giovanni Rotondo

**38 - VALUTAZIONE CLINICA ED ONCOLOGICA IN 64 PAZIENTI DOPO CHIRURGIA CONSERVATIVA RENALE**

Marzotto Caotorta M.<sup>1</sup>, Camazzola M.<sup>1</sup>, Bianchi R.<sup>1</sup>, Sandri S.D.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Divisione di Urologia Ospedale G. Fornaroli

**58 - TUMORI RENALI DI DIAMETRO SUPERIORE A 4 CM: TERAPIA NEPHRON SPARING**

Seveso M.<sup>1</sup>, Taverna G.L.<sup>1</sup>, Giusti G.<sup>1</sup>, Maugeri O.<sup>1</sup>, Benetti A.<sup>1</sup>, Pasini L.<sup>1</sup>, Corinti M.<sup>1</sup>, Piccinelli A.<sup>1</sup>, Graziotti P.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Istituto Clinico Humanitas, Unità operativa di Urologia



---

**64 - IL TIMING DELLA PROGRESSIONE TUMORALE È UN FATTORE PREDITTIVO IMPORTANTE SULLA SOPRAVVIVENZA CANCRO SPECIFICA IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA A CELLULE RENALI CON METASTASI ALLA DIAGNOSI**

*Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Zigeuner R.<sup>2</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Da Pozzo L.<sup>3</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Università Vta-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Medical University of Graz, Austria; <sup>3</sup>Ospedali Riuniti, Bergamo

---

**78 - STADIAZIONE DELLE NEOPLASIE VESCICALI: VALORE DELLA TUR IN BLOCCO**

*Ventura F., De Giacomo E., Rende G., Caruso A., Cozza P.P., Mele G.O., Mazza R.*  
Azienda Ospedaliera di Cosenza, Presidio dell'"Annunziata"

---

**85 - SINDROME NEFROSICA ASSOCIATA A TUMORE RENALE ED A TROMBOSI DELLA VENA RENALE NON NEOPLASTICA: DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO E TRATTAMENTO CHIRURGICO**

*Tosi N., Giancane S., Serni S., Rossetti M.A., Lapini A., Lanzi F., Marranci N., Mantella A., Minervini A., Carini M.*  
Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC

---

**90 - OUTCOME MORFO-FUNZIONALE DEL MONORENE CHIRURGICO ONCOLOGICO CONFRONTATO CON IL MONORENE CHIRURGICO PIELONEFRITICO E/O**

*Di Siervi P.<sup>1</sup>, Terracciano V.<sup>2</sup>, Rega A.<sup>2</sup>, Pagano F.<sup>2</sup>, Bellizzi V.<sup>3</sup>*  
<sup>1</sup>U.O. Medicina Interna, P.O. "G. Da Procida" Salerno; <sup>2</sup>Dipartimento di Nefro-Urologia, P.O. Polla (SA); <sup>3</sup>U.O. di Nefrologia, P.O. Solofra (AV)

---

**107 - I COSTI DEL TRATTAMENTO E DEL FOLLOW-UP DEL TUMORE VESCICALE IN ITALIA**

*Racioppi M.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>1</sup>, D'Agostino D.<sup>1</sup>, Pinto F.<sup>1</sup>, Sacco E.<sup>1</sup>, Gulino G.<sup>1</sup>, Cappa E.<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Clinica Urologica-Università Cattolica del Sacro Cuore. Roma

---

**118 - ENUCLEORESEZIONE RENALE SENZA CLAMPAGGIO DEL PEDUNCOLO: NOSTRA ESPERIENZA**

*Dente D.<sup>1</sup>, Petrone D., Gaspari G., Tucci C., Rossetti R., Paniccia T., Cennamo L.<sup>2</sup>, Pompa P.*  
Divisione di Urologia Osp.Clinicizzato Chieti <sup>1</sup>Terza Divisione dipartimento di Urologia U. Bracci Policlinico Umberto I Roma; <sup>2</sup>Sezione di Medicina Nucleare Osp. Clinicizzato Chieti

---

**123 - PAZIENTE ANZIANO CON GRAVE DEFICIT COGNITIVO E CISTECTOMIA DI SALVATAGGIO: QUESTIONARIO PER UNA MIGLIORE GESTIONE.**

*Parziani S.<sup>2</sup>, Saccomanni M.<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>U.O. di Urologia Ospedale G.B.Morgagni-L.Pierantoni, Forlì; <sup>2</sup>U.O. di Urologia Ospedale S.G. Battista, Foligno

---

**132 - INCIDENZA E CORRELAZIONE DI IPOTIROIDISMO E ALTERAZIONI DELL'ASSETTO LIPIDICO IN PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON SUNITINIB PER CARCINOMA RENALE METASTATICO: NOSTRA CASISTICA**

*Baldazzi V.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>2</sup>, Tassi R.<sup>1</sup>, Muto A.<sup>1</sup>, Santomaglio C.<sup>1</sup>, Cipriani G.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>2</sup>,*  
<sup>1</sup>Oncologia Medica 2 - AUO Careggi - Firenze; <sup>2</sup>Clinica Urologica 1 - AUO Careggi

---

**137 - LA NEOVESCICA A Y: RISULTATI PRELIMINARI SULLE COMPLICANZE DELLA TECNICA IN UNO STUDIO MULTICENTRICO RETROSPETTIVO ITALIANO**

*Destefanis P.<sup>1</sup>, Cugiani A.<sup>1</sup>, Carchedi M.<sup>1</sup>, Fasolis G.<sup>2</sup>, Mari M.<sup>3</sup>, Bellina M.<sup>3</sup>, Bierti S.<sup>4</sup>, Frea B.<sup>4</sup>, Maffezzini M.<sup>5</sup>, Sogni F.<sup>6</sup>, Terrone C.<sup>6</sup>, Carrieri G.<sup>7</sup>, Morgia G.<sup>8</sup>, Fontana D.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale San Giovanni Battista Molinette, Torino; <sup>2</sup>Divisione di Urologia, Ospedale San Lazzaro, Alba (TO) <sup>3</sup>Divisione di Urologia, Ospedale di Rivoli (TO); <sup>4</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Udine; <sup>5</sup>Divisione di Urologia, Ospedali Galliera, Genova; <sup>6</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Ospedale Maggiore della Carità, Novara; <sup>7</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Ospedali Riuniti, Foggia; <sup>8</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Ospedale Policlinico

---

**144 - PROSTATECTOMIA RADICALE PERINEALE: L'APPROCCIO QUADRANTALE ASSISTITO DAL BISTURI ULTRASONICO**

*Austoni E.<sup>2</sup>, Pini G.<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>Cattedra di Urologia, Università di Milano; <sup>2</sup>Salus Ospital, Gruppo Villa Maria

---

**149 - RESEZIONE TRANSURETRALE BIPOLARE IN SALINA DI NEOPLASIA VESCICALE. RISULTATI E COMPLICANZE DEI PRIMI 480 CASI**

*Puppo P.<sup>1,2</sup>, Bertolotto F.<sup>2</sup>, Introini C.<sup>1,2</sup>, Germinale F.<sup>1,2</sup>, Raggio M.<sup>1</sup>, Naselli A.<sup>1</sup>*  
<sup>1</sup>UO Urologia, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, IST, Genova; <sup>2</sup>UO Urologia, ASL 1, Imperia

---

**155 - COMPLICANZE IN CORSO DI TRATTAMENTO CON ANTIANGIOGENICI DEL CARCINOMA RENALE A CELLULE CHIARE METASTATICO: ESPERIENZA DI UN**

*Caldirolì M., Taborelli A., Marconi A.M.*  
Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi

---

**158 - PARAGANGLIOMI DELL'APPARATO GENITO-URINARIO**

*Carmignani L.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>2</sup>, Picozzi S.<sup>1</sup>, Maccagnano C.<sup>2</sup>, Montorsi F.<sup>2</sup>, Rigatti P.<sup>2</sup>*  
<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia, IRCCS Policlinico San Donato, Università di Milano; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, IRCCS San Raffaele, Università Vita-Salute, Milano"

---

**162 - CISTOSCOPIA A FLUORESCENZA CON ESAMINOLEVULINATO NELLA DIAGNOSI E NEL FOLLOW UP DELLE NEOPLASIE VESCICALI**

*Cracco C.M.<sup>1</sup>, Poggio M.<sup>1</sup>, Grande S.<sup>1</sup>, Di Stasio A.<sup>1</sup>, Cossu M.<sup>1</sup>, Scoffone C.M.<sup>1</sup>, Scarpa*  
<sup>1</sup>S.C.D.U. Urologia, Università di Torino, A.O.U. San Luigi Gonzaga, Orbassano (Torino)

---

**172 - PENE NASCOSTO IN PAZIENTE CON ESITI DI RADIOTERAPIA: NUOVO APPROCCIO CHIRURGICO COMBINATO**

*Tuffu G., Zucchi A., Del Zingaro M., Fioretti F., Mearini L., Costantini E., Porena M.*  
Clinica Urologica ed Andrologica Università degli Studi di Perugia Direttore Prof. Massimo

---

**192 - RISULTATI E COMPLICANZE IN UNA SERIE DI DERIVAZIONI URINARIE ETERTOPICHE CONTINENTI  
CATETRIZZABILI CON LA TECNICA INDIANA POUCH**

*Maffezzini M., Campodonico F., Capponi G., Canepa G.*  
S.C. Urologia

---

**196 - TUMORE RENALE CON INVASIONE CAVALE: TRATTAMENTO CHIRURGICO E RISULTATI ONCOLOGICI**

*Maugeri O., Giusti G., Piccinelli A., Seveso M., Taverna G.L., Benetti A., Zandegiacomo De Zorzi S., Graziotti P.*  
Istituto Clinico Humanitas

---

**210 - LA "SATURATION BIOPSY" QUALE TECNICA DI SCELTA DOPO DIAGNOSI DI PIN HIGH-GRADE O ASAP**

*Gian Davide Cova, Andrea Fandella, GianLuca Drago-Ferrante, Luigino Maccatrozzo.*  
Divisione di Urologia - Ospedale Regionale - Treviso

---

**213 - VALORE PROGNOSTICO DELL'INVASIONE LINFOVASCOLARE NEI PAZIENTI TRATTATI CON CISTECTOMIA  
RADICALE PER NEOPLASIA VESCICALE**

*Palmieri F., Guidi M., Brunocilla E., Concetti S., Bertaccini A., Gerace T., Pultrone C., Cicchetti G., Borgatti F., Schiavina R.,  
Barbieri B., Perneti R., Baccos A., Martorana G.*  
Clinica Urologica Università di Bologna

---

**216 - QUAL'È L' IMPATTO DELL'ESTENSIONE DELLA LINFECTOMIA PELVICA ESEGUITA IN CORSO DI  
PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA PROSTATICO SULLA RIPRESA BIOCHIMICA NEI PAZIENTI PTXN0?**

*Schiavina R., Franceschelli A., Concetti S., Brunocilla E., Manfredi F., Garofalo M., Bertaccini A., Bizzarri C., Gerace T.,  
Cicchetti G., Borghesi M., Guidi M., Martorana G.*  
Clinica Urologica Università di Bologna

---

**218 - RUOLO DELLA LINFECTOMIA DI SALVATAGGIO NEI PAZIENTI CON RECIDIVA LINFONODALE  
DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE**

*Martorana G., Franceschelli A., Sanguedolce F., Bertaccini A., Brunocilla E., Concetti S., Manfredi F., Garofalo M., Barbieri B.,  
Baccos A., Vagnoni V., Borgatti F., Cicchetti G., Gerace T., Schiavina R.*  
Clinica Urologica Università di Bologna

**XIX CONGRESSO NAZIONALE  
SOCIETÀ ITALIANA DI UROLOGIA ONCOLOGICA (S.I.Ur.O.)  
Milano, 23-26 Giugno 2009**

**INFORMAZIONI GENERALI**

<b>Sede Congressuale</b> NH Milanofiori Strada 1, Milanofiori Assago (MI)	<b>Segreteria Organizzativa</b> Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l. Via Porrettana, 76 40033 Casalecchio di Reno (Bo) Tel. +39 051 6194911 Fax +39 051 6194900 e-mail: <a href="mailto:evcongressi@emiliaviaggi.it">evcongressi@emiliaviaggi.it</a> web: <a href="http://www.emiliaviaggi.it">www.emiliaviaggi.it</a> Tel./Fax EVCM in Sede Congressuale +39 02 89201843	<b>Segreteria S.I.Ur.O.</b> Società Italiana di Urologia Oncologica (S.I.Ur.O.) c/o Clin. Urologica Alma Mater Studiorum Università di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi, Padiglione Palagi Via P. Palagi, 9 - 40138 Bologna Tel. +39 051 6362421 - 302082 Fax +39 051 308037 e-mail: <a href="mailto:segreteria@siuro.it">segreteria@siuro.it</a> - web: <a href="http://www.siuro.it">www.siuro.it</a> Tel./Fax Segreteria SIUrO in Sede Congressuale +39 02 89201845
--	---	--

**MODALITÀ DI ISCRIZIONE****Regole Generali**

Per l'iscrizione al Congresso sia individuale, sia di gruppo, occorre compilare in ogni sua parte ed inviare, per posta o per fax, la scheda d'iscrizione alla Segreteria Organizzativa, allegando la ricevuta dell'avvenuto pagamento.

In caso di mancanza dei sopraccitati requisiti la scheda non sarà tenuta in considerazione.

Al ricevimento delle iscrizioni, la Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la fattura.

Nel caso in cui pervenissero iscrizioni non indicanti se la persona è socio della Società Italiana di Urologia Oncologica (SIUrO), il pagamento dovrà essere comunque pari alla quota NON SOCIO. Sarà cura della Segreteria Organizzativa verificare l'appartenenza alla SIUrO e stornare l'eventuale differenza.

Si suggerisce di verificare in anticipo l'appartenenza alla SIUrO degli iscriventi inviando un fax alla Segreteria Organizzativa.

La prima scadenza per l'iscrizione al Congresso è venerdì 15 Maggio 2009. Le preiscrizioni verranno accettate entro e non oltre venerdì 5 Giugno 2009. Dopo tale data si accetteranno solamente iscrizioni in Sede Congressuale.

Quote	Entro il 15 Maggio 2009	Dopo il 15 Maggio e in Sede Congressuale
Quota di Partecipazione NON SOCI	€ 580,00 + IVA 20% (€ 696,00)	€ 620,00 + IVA 20% (€ 744,00)
Quota di Partecipazione SOCI S.I.Ur.O*	€ 450,00 + IVA 20% (€ 540,00)	€ 480,00 + IVA 20% (€ 576,00)
Iscrizione giornaliera	€ 300,00 + IVA 20% (€ 360,00)	€ 350,00 + IVA 20% (€ 420,00)
Quota per Specializzandi ** SOCI SIURO	Nessuna quota	Nessuna quota
Quota per Specializzandi ** NON SOCI	€ 50,00 + IVA (€ 60,00)	€ 200,00 + IVA (€ 240,00)
Quota per Infermieri *** (solo per corso infermieri)	€ 30,00 + IVA (€ 36,00)	€ 50,00 + IVA (€ 60,00)
Quota per NON Urologi/Oncologi	€ 150,00 + IVA (€ 180,00)	€ 200,00 + IVA (€ 240,00)

**ESPOSITORI/SPONSOR**

Verranno forniti su richiesta un massimo di nr. 3 badges gratuiti NON NOMINATIVI per Azienda/stand. Il badge dà diritto alla Cerimonia Inaugurale, ai Sandwich Lunch, ai Coffee Break e all'accesso all'Area Espositiva. Ulteriori badges verranno rilasciati dietro pagamento di una quota di 30,00 € + IVA 20%.

\* I soci SIUrO devono essere in regola con il pagamento della quota associativa.

\*\* L'iscrizione degli Specializzandi deve essere accompagnata da una dichiarazione della Scuola di Specializzazione di appartenenza.

\*\*\* La scheda di adesione degli Infermieri deve essere accompagnata dalla fotocopia del Tesserino Sanitario. La quota dà diritto a partecipare esclusivamente al Corso Infermieri.

La quota d'iscrizione comprende: Partecipazione ai Lavori Scientifici, Cerimonia Inaugurale, Kit Congressuale, Attestato di Partecipazione, Volume degli Abstracts, Sandwich Lunch, Coffee Break.

**Segreteria Organizzativa**

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.

Via Porrettana, 76 - 40033 Casalecchio di Reno (BO)

Tel. +39 051 6194911 - fax +39 051 6194900

e-mail: [evcongressi@emiliaviaggi.it](mailto:evcongressi@emiliaviaggi.it) - web: [www.emiliaviaggi.it](http://www.emiliaviaggi.it)

### **Aziende/Agenzie**

In aggiunta alle modalità di iscrizione generali sopracitate, nel caso di sponsorizzazioni di gruppo o individuali sulla scheda dovrà essere indicato il riferimento dell'Azienda sponsorizzatrice e dell'eventuale Agenzia a cui fatturare.

### **Ritiro pre-iscrizioni da parte di Aziende/Agenzie**

Il ritiro delle pre-iscrizioni di Agenzie/Aziende avverrà in Sede Congressuale in forma individuale da parte di ciascun pre-iscritto. Le Aziende/Agenzie dovranno obbligatoriamente richiedere per iscritto, contestualmente all'invio delle schede di iscrizione, un APPUNTAMENTO alla Segreteria Organizzativa.

In questa sede verranno verificate le pre-iscrizioni già ricevute, accettati i cambi nome ed evase nuove iscrizioni con il ritiro del kit congressuale. Al ricevimento dell'iscrizione di gruppo, la Segreteria Organizzativa provvederà ad inviare la fattura con l'orario ed il giorno assegnato per l'appuntamento.

Il desk per il ritiro in Sede Congressuale delle pre-iscrizioni individuali e delle nuove iscrizioni sarà aperto nei giorni:

- martedì 23 Giugno dalle ore 9.00 alle ore 20.00
- mercoledì 24 Giugno dalle ore 7.30 alle ore 20.00
- giovedì 25 Giugno dalle ore 7.30 alle ore 20.00
- venerdì 26 Giugno dalle ore 7.30 alle ore 14.00

### **Rinunce**

Entro venerdì 5 Giugno 2009 sarà rimborsato il 50% della quota pagata al netto delle spese bancarie. Dopo il 5 Giugno 2009 non si avrà diritto a nessun rimborso. I rimborsi verranno effettuati dopo la chiusura del Congresso. Tutte le rinunce dovranno pervenire per iscritto.

### **Cambi nome**

Sono permessi fino a venerdì 5 Giugno 2009. Tutti i cambi nome dovranno pervenire per iscritto. Oltre tale data potranno effettuarsi in Sede Congressuale. Le sostituzioni dovranno eseguirsi tramite nuova scheda di iscrizione. In Sede Congressuale eventuali cambi nomi di partecipanti sponsorizzati verranno accettati solo con una dichiarazione scritta di autorizzazione da parte dell'Azienda Sponsor.

### **Modalità di pagamento iscrizioni**

#### **• Bonifico Bancario:**

CASSA DI RISPARMIO DI CESENA - Fil. Casalecchio Di Reno (BO)  
IBAN IT03W0612036670 000000000833  
intestato a E.V.C.M. S.r.l.  
causale: XIX SIUrO 2009 + quota di iscrizione + nome iscritto.  
(Esempio: XIX SIUrO + socio + Dott. Rossi Marco).

#### **• Assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a:**

E.V.C.M. S.r.l.. L'assegno dovrà essere accompagnato da lettera in cui si specifica causale del pagamento. Le iscrizioni effettuate direttamente in Sede Congressuale potranno essere pagate tramite contanti, assegni bancari o circolari non trasferibili, bancomat e carta di credito. A seguito del pagamento verrà rilasciata ricevuta cui farà seguito relativa fattura.

### **Fatturazione**

Per la fatturazione, indicare chiaramente sulla scheda di adesione l'intestazione, il codice fiscale e/o partita IVA e l'indirizzo completo.

### **BADGE**

Ogni partecipante regolarmente iscritto riceverà un badge con codice a barre che conterrà tutti i dati a lui relativi. Ciò consentirà l'accesso alle sessioni del Congresso ed alla Cerimonia Inaugurale.

Il badge è l'unica chiave di accesso al Congresso e l'unico mezzo per l'assegnazione dei crediti E.C.M. Si prega pertanto di tenere sempre con sé il badge.

### **Colori di identificazione**

Blu	Congressisti
Viola	Biologi e Anatomopatologi
Rosso	Giornalieri
Verde	Organizzazione
Giallo	Stampa
Azzurro	Espositori
Grigio	Infermieri

La Segreteria Organizzativa presso la Sede Congressuale NH Centro Congressi NH Milanofiori sarà attiva da martedì 23 Giugno dalle ore 09.00 e con i seguenti orari durante le giornate congressuali:

- martedì 23 Giugno dalle ore 9.00 alle ore 20.00
- mercoledì 24 Giugno dalle ore 7.30 alle ore 20.00
- giovedì 25 Giugno dalle ore 7.30 alle ore 20.00
- venerdì 26 Giugno dalle ore 7.30 alle ore 14.00

## CONDIZIONI GENERALI DI PRENOTAZIONE

### **Modalità di prenotazione**

Per prenotare una o più camere è obbligatorio compilare ed inviare la SCHEDA DI PRENOTAZIONE ALBERGHIERA ed il relativo pagamento (assegno o copia bonifico bancario) ad Emilia Viaggi Divisione Congressi & Meeting entro il 10 Maggio 2009 (non si accettano prenotazioni telefoniche, ma solo scritte via fax o e-mail).

L'assegnazione delle camere sarà effettuata secondo l'ordine di arrivo delle richieste.

In ogni caso sarà assegnato un albergo di pari categoria e, ad esaurimento della categoria prescelta, sarà proposta una categoria diversa.

Per poter garantire la prenotazione è necessario ricevere l'importo totale dei pernottamenti più € 25,00 IVA inclusa (per camera) come diritto di prenotazione non rimborsabile in nessun caso.

### **Modalità di pagamento**

- Assegno bancario o circolare non trasferibile intestato a: Emilia Viaggi S.n.c.
- Bonifico bancario: intestato a: Emilia Viaggi S.n.c.

#### **CARIM**

IBAN – IT 82 N 06285 02401 CC0851 250500

In caso di mancato pagamento la prenotazione verrà automaticamente cancellata.

### **Cancellazioni e Rimborsi**

Si accetteranno cambi di nominativi solo tramite comunicazione via e-mail o fax entro e non oltre **5 Giugno 2009**.

In caso di cancellazione della prenotazione effettuata (da comunicarsi per iscritto) verranno applicate le seguenti penalità:

- Dal momento della prenotazione fino al 10 Maggio 2009 verrà addebitata la prima notte per ogni camera cancellata.
- Per cancellazioni (inclusi riduzione numero di notti ed eventuali no-show) oltre il 10 Maggio 2009 non si avrà diritto ad alcun rimborso.
- Tutti i rimborsi saranno effettuati dopo la fine del Congresso.

TUTTE LE SCHEDE DI PRENOTAZIONE DOVRANNO ESSERE INVIATE A:

**Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.**

Via Porrettana, 76 - 40033 Casalecchio di Reno (BO)

Tel. +39 051 6194911 - fax +39 051 6194900

e-mail: [evcongressi@emiliaviaggi.it](mailto:evcongressi@emiliaviaggi.it) - web: [www.emiliaviaggi.it](http://www.emiliaviaggi.it)

## SEDI ALBERGHIERE

<b>Hotels 4*:</b>		
NH Jolly Milanofiori 4*	Strada 2, Milanofiori - Assago	Tel. +39 02 82221
Royal Garden Hotel 4*	Via G. De Vittorio - Assago	Tel. +39 02 457811

### **Categorie e tariffe alberghiere**

<b>Albergo</b>	<b>Camere</b>	<b>Prezzo</b>
Albergo ****	DOPPIA DOPPIA DUS	Da 200,00 a 250,00 Euro Da 185,00 a 190,00 Euro

#### **N.B.**

Minimo notti garantite n. 3 – Diritto di prenotazione (non rimborsabile) € 25,00 IVA inclusa LE PRENOTAZIONI SARANNO EVASE IN ORDINE DI ARRIVO.

I prezzi indicati si intendono per camera a notte con inclusa la prima colazione, tasse ed IVA.

## PROGRAMMA SOCIALE

### Inaugurazione

La Cerimonia di Inaugurazione si terrà martedì 23 Giugno 2009 alle ore 19.00 presso NH Milanofiori.

### Programma Accompagnatori

Per gli accompagnatori saranno a disposizione escursioni a pagamento. In Sede Congressuale sarà presente un desk appositamente dedicato dove rivolgersi per informazioni e/o prenotazioni.

### Agenzia di viaggio

Emilia Viaggi è l'agenzia ufficiale del Congresso.

Per informazioni, prenotazioni ed emissione biglietteria rivolgersi a:

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.

Via Porrettana, 76 - 40033 Casalecchio di Reno (BO)

Tel. +39 051 6194911 - Fax +39 051 6194900

e-mail: [evcongressi@emiliaviaggi.it](mailto:evcongressi@emiliaviaggi.it) – web: [www.emiliaviaggi.it](http://www.emiliaviaggi.it)

## COME RAGGIUNGERE LA SEDE CONGRESSUALE

### Da autostrada A8 VA, A9 CO, A4 TO

Prendere tangenziale Ovest

direzione A7 GE – A1 BO

Uscita Milano – Viale Liguria

Seguire indicazioni per

Famagosta/Assago – Milanofiori

### Da autostrada A4 VE

Prendere tangenziale Est

direzione A7 GE – A1 BO

Poi tangenziale Ovest direzione A7 GE

Uscita Milano – Viale Liguria

Seguire indicazioni per

Famagosta/Assago – Milanofiori

### Da autostrada A1 BO

Prendere tangenziale Ovest

direzione A7 GE

Uscita Milano – Viale Liguria

Seguire indicazioni per

Famagosta/Assago – Milanofiori

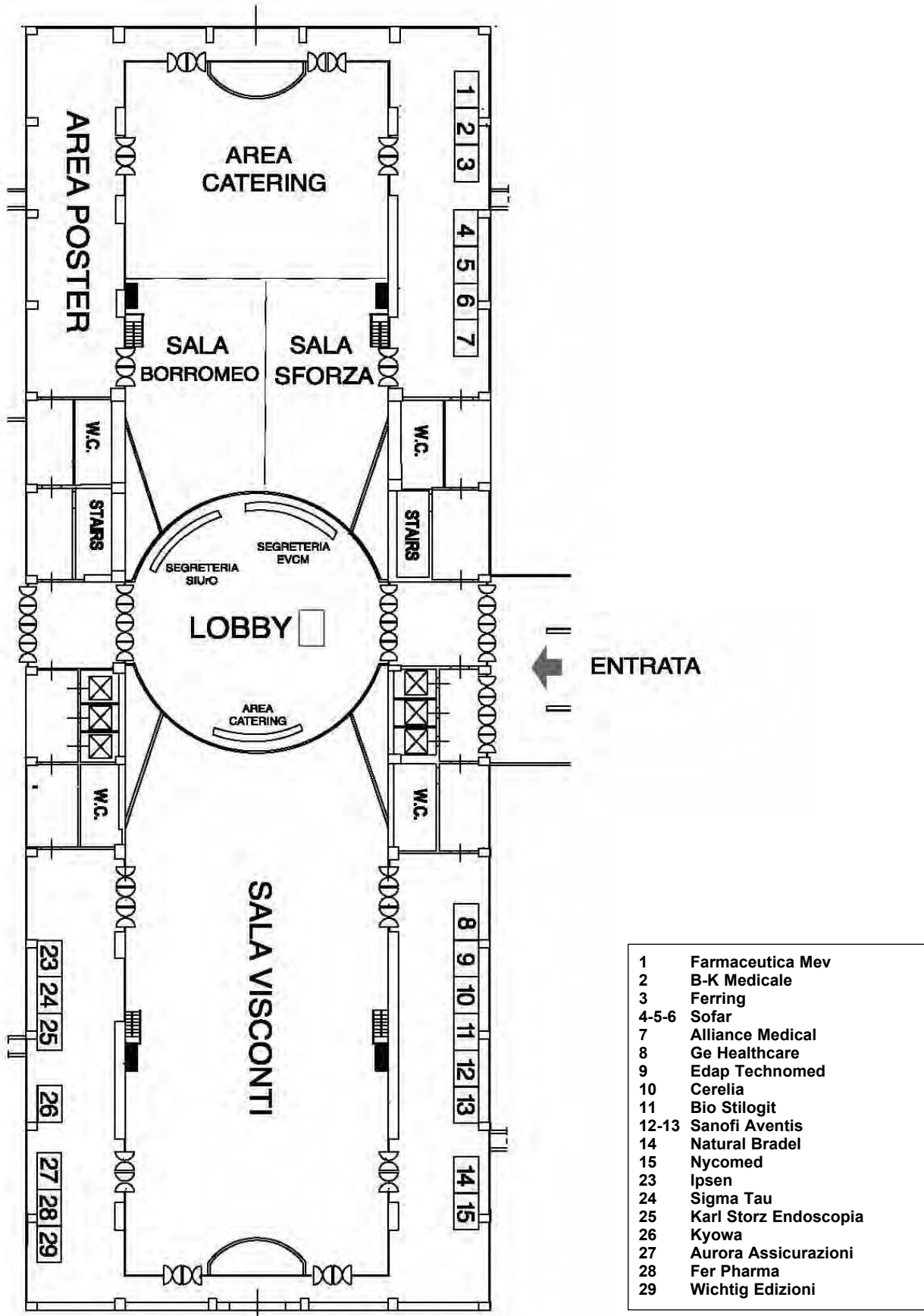
### Da autostrada A7 GE

Alla fine dell'autostrada seguire

indicazioni per Assago – Milanofiori



**AREA ESPOSITIVA**



#### **Assemblea amministrativa dei Soci SIUrO**

La assemblea amministrativa dei soci SIUrO si terrà in prima convocazione mercoledì 24 Giugno 2009 dalle ore 20,00 (sala Visconti), in seconda convocazione il **giorno giovedì 25 Giugno 2009 dalle ore 19.00 (sala Visconti) con il seguente ordine del giorno**

- **Comunicazione del presidente**
- **Comunicazione del segretario**
- **Approvazione del bilancio di esercizio 2008**
- **Lettura del bilancio previsionale 2009**

**Premiazione migliori comunicazioni, comunicazioni brevi e poster.**

## **INFORMAZIONI SCIENTIFICHE**

---

Il programma scientifico è stato elaborato dal Comitato Scientifico del Congresso unitamente al Comitato Direttivo della Società Italiana di Urologia Oncologica (SIUrO).

In esso verranno inoltre inseriti i migliori contributi inviati entro e non oltre venerdì 20 Marzo 2009.

Sono previste tre forme di presentazione:

- Comunicazioni
- Comunicazioni brevi
- Poster

#### **NORME PER GLI AUTORI E GLI ORATORI**

Per ogni comunicazione sono previsti 7 minuti di presentazione e 3 minuti per l'eventuale discussione (possibile proiezione e videoproiezione singola).

Per ogni comunicazione breve sono previsti 3 minuti di presentazione e 2 minuti per l'eventuale discussione (possibile proiezione e videoproiezione singola).

I poster (max 70 cm di larghezza x 100 cm altezza) destinati alla sezione "Poster Esposizione" possono essere affissi nell'area assegnata a partire dalle ore 9.00.

All'ora che verrà comunicata, almeno uno degli autori deve essere presente accanto al poster per poter rispondere ad eventuali domande che verranno poste dai moderatori e dai presenti. Il poster deve essere rimosso dall'area poster entro le ore 18.30 della stessa giornata.

La presentazione dei lavori sarà consentita solo agli iscritti al Congresso.

Verranno considerati solo quei contributi in cui almeno uno degli autori è un socio SIUrO in regola con la quota dell'anno 2009.

#### **Premi S.I.Ur.O**

Sono previsti premi per le migliori comunicazioni, comunicazioni brevi e poster presentati nelle aree poster.

Per quanto riguarda i poster verranno valutati esclusivamente i lavori in cui uno degli autori sarà presente, accanto al proprio poster, all'ora prevista. I premi verranno assegnati, agli autori effettivamente presenti, nel corso della sessione "premiazione" prevista nel corso della Assemblea dei soci SIUrO che si terrà giovedì 25 Giugno a partire dalle ore 19.00.

Tutti i lavori premiati potranno essere pubblicati in extenso sulla rivista Archivio Italiano di Urologia e Andrologia, organo Ufficiale della S.I.Ur.O.

#### **ECM - Educazione Continua in Medicina**

La presente edizione del Congresso Nazionale della Società Italiana di Urologia Oncologica, SIUrO verrà accreditata presso il sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) attraverso la società stessa.

L'accreditamento del Congresso è stato articolato in giornate al fine di ottenere crediti separati per ogni singolo evento per poter certificare a ciascuno la reale partecipazione.

Al fine di permettere un preciso e puntuale svolgimento degli eventi accreditati ed il conseguente rilevamento delle presenze, sia i relatori che i partecipanti sono pregati di voler rispettare puntualmente gli orari previsti e di voler seguire fino a completamento l'evento volta per volta scelto.

I crediti assegnati al Congresso verranno comunicati dal Ministero della Salute alla SIUrO, non necessariamente prima dello svolgimento del Congresso stesso.

Al fine di ottenere l'attestazione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza effettiva degli operatori sanitari del 100% rispetto alla durata complessiva dell'evento formativo, previa consegna presso la segreteria congressuale del questionario di verifica e della scheda di valutazione dell'evento formativo.

Nei particolari casi di assenza brevissima sarà cura dell'organizzatore valutarne la giustificazione e l'incidenza dell'assenza sull'apprendimento.

L'attestato ECM verrà inviato dopo l'evento all'indirizzo indicato sul Questionario di Verifica dell'evento, previo



controllo elettronico delle ore di presenza effettiva nell'area congressuale del partecipante, che dovranno risultare il 100% delle ore accreditate.

#### **Percorso ECM per Biologi ed Anatomopatologi**

Anche quest'anno il Comitato Direttivo ha definito un percorso formativo accreditato a fini ECM dedicato a biologi, anatomo-patologi, genetisti e ricercatori di base appartenenti a vari raggruppamenti disciplinari. Tutte le sessioni appartenenti a tale percorso sono contrassegnate con\*\*.

Il percorso formativo include fundamentalmente la definizione dei fattori prognostici anatomo-patologici dei tumori del pene e del testicolo e la trattazione dei nuovi biomarcatori in Urologia Oncologica, con particolare riferimento ai marcatori urinari nel carcinoma prostatico.

Nel contesto del percorso vengono inseriti gli Hot Topics sulle neoplasie vescicali e sul cancro della prostata e interessanti approfondimenti sulla oncologia renale e sui fattori genetici ed il microambiente nello sviluppo, progressione e metastatizzazione del cancro della prostata.

#### **Condizioni necessarie per poter ottenere i crediti ECM**

- Permanenza in aula per un tempo pari al 100% di quello previsto per l'evento

Percorso formativo per Biologi:	11 ore	crediti ECM assegnati = 10
Martedì 23 + mercoledì 24 Giugno totale:	12 ore	crediti ECM assegnati = 10
Giovedì 25 Giugno totale:	9 ore	crediti ECM assegnati = 6
venerdì 26 Giugno totale:	5 ore	crediti ECM assegnati = 4
Corso infermieri totale:	8 ore	crediti ECM assegnati = 5

#### **N.B.**

NON SARÀ ACCETTATA LA MODULISTICA ECM SENZA CODICE FISCALE CORRETTAMENTE INSERITO E BEN LEGGIBILE. GLI ATTESTATI ECM VERRANNO INVIATI VIA E-MAIL DALLA SEGRETERIA, A PARTIRE DA NOVEMBRE 2009.

#### **Crediti ECM ai docenti/relatori di un evento**

I docenti/relatori hanno diritto, previa richiesta all'organizzatore, a 2 crediti formativi per ogni ora effettiva di docenza in eventi o progetti formativi aziendali accreditati ECM, entro il limite del 50% di crediti formativi da acquisire nel corso dell'anno solare.

I crediti possono essere acquisiti in considerazione esclusivamente delle ore effettive di lezione; i crediti non possono, cioè, essere frazionati o aumentati in ragione dell'impegno inferiore o superiore ai sessanta minuti di lezione (es. un'ora o un'ora e trenta minuti di lezione danno diritto a due crediti formativi; le lezioni di durata inferiore a sessanta minuti non possono essere prese in considerazione, né possono cumularsi frazioni di ora per docenze effettuate in eventi diversi). I docenti/relatori possono conseguire solo i predetti crediti ECM; essi non possono conseguire i crediti formativi in qualità di partecipanti ad eventi nei quali effettuano attività di docenza.

L'organizzatore è, come sempre, responsabile della corretta attestazione dei crediti. Qual è la "tolleranza" prevista per il tempo di presenza del partecipante all'evento residenziale o al progetto formativo aziendale entro la quale è concedibile l'attestato dei crediti?

Ai fini dell'attestazione dei crediti formativi ECM è necessaria la presenza degli operatori sanitari interessati effettiva del 100% rispetto alla durata complessiva dell'evento formativo residenziale, mentre, ai sensi dell'art. 1, comma 4, del D.M. 27/12/2001 la presenza effettiva degli operatori sanitari interessati al progetto formativo aziendale è del 90%. Nei particolari casi di assenza brevissima sarà cura dell'organizzatore valutarne la giustificazione e l'incidenza dell'assenza sull'apprendimento finale essendo unico responsabile dell'evento residenziale o del progetto formativo aziendale.

#### **Segreteria SIURo in Sede Congressuale**

Tel./Fax + 39 02 89201845

La segreteria è aperta per tutto il periodo dello svolgimento dei lavori scientifici.

La Società Italiana di Urologia Oncologica ringrazia le Aziende che con la loro partecipazione hanno reso possibile la realizzazione del XIX Congresso Nazionale S.I.U.r.O. e le segnala all'attenzione dei partecipanti.

AB MEDICA  
ALLIANCE MEDICAL  
ALFA WASSERMANN  
ANGELINI  
ASTELLAS  
ASTRAZENECA  
AURORA ASSICURAZIONI  
BAYER  
BIOMEDICA FOSCAMA  
BIO STILOGIT  
BIOMEDICA FOSCAMA  
B-K MEDICALE  
CARLO BIANCHI  
CERELIA  
EDAP TECHONOMED  
ESIZIONI MINERVA MEDICA  
ESAOTE  
FER PHARMA  
FARMACEUTICA MEV  
FERRING  
GE HEALTHCARE  
GLAXOSMITHKLINE  
IPSEN  
KARL STORZ ENDOSCOPIA  
KYOWA  
NATURAL BRADEL  
NYCOMED  
NOVARTIS  
PIERRE FABRE  
PFIZER  
ROCHE  
SANOFI AVENTIS  
SOFAR  
SIGMA TAU  
SPA  
SYNERGO - MEDICAL ENTERPRISES  
TAKEDA  
WICHTIG EDIZIONI  
WYETH



### CORSO RICERCA DI BASE MARCATORI URINARI E SIERICI NEL CARCINOMA PROSTATICO - PRESENTE E FUTURO

#### MOLECOLE DI ADESIONE E INTERLEUCHINE NELLA DIAGNOSI E NELLA PROGRESSIONE DEL CANCRO DELLA PROSTATA

**Giigliola Sica**

*Direttore dell'Istituto di Istologia ed Embriologia  
 Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro  
 Cuore, Largo F. Vito, 1 - 00168 Roma, Italia*

La determinazione dell'antigene prostatico-specifico (PSA) ha rivoluzionato la diagnosi precoce del cancro della prostata (CaP). I pazienti affetti da CaP clinicamente localizzato hanno notevoli chances terapeutiche, ma queste sono invece molto ridotte in caso di ripresa di malattia dopo un trattamento specifico o nella neoplasia in stadio avanzato. Risulta pertanto molto importante la identificazione precoce delle neoplasie aggressive. Sono stati sviluppati dei nomogrammi predittivi della probabilità di fallimento del trattamento eseguito, allo scopo di individuare i pazienti che potrebbero beneficiare di una terapia adiuvante o di un follow-up più serrato, ma è forte l'esigenza di integrare tali nomogrammi con nuovi biomarker che diano informazioni sulla biologia tumorale al momento della diagnosi.

Nell'ambito della serie piuttosto ampia dei nuovi potenziali marker diagnostici e prognostici proposti in relazione al CaP dalla letteratura, sembrano rivestire un interesse fondato talune molecole di adesione e citochine, il cui coinvolgimento nella genesi e nella progressione della neoplasia prostatica appare ben documentato.

Le molecole di adesione mediano i contatti intercellulari ed i rapporti tra le cellule ed il substrato.

In particolare, nell'epitelio, esse sono responsabili della costituzione di giunzioni espresse sul versante baso-laterale delle cellule. Tali giunzioni servono a mantenere la polarità cellulare, e quindi le attività che si estrinsecano a livello della membrana plasmatica. Inoltre esse controllano la coesione e l'integrità, indispensabili per lo svolgimento delle funzioni tessutali, e l'ade-

sione alla membrana basale, che fa da tramite con il sottostante connettivo e regola gli scambi, formando una barriera selettiva. Un ruolo predominante nel panorama delle molecole di adesione riveste la famiglia delle caderine, proteine calcio-dipendenti, e, tra queste, la E-caderina (caderina epiteliale, E-cad) presente a livello delle zonulae adhaerentes. Essa si ancora ai filamenti citoscheletrici di actina mediante l'interposizione di proteine intracitoplasmatiche della famiglia delle catenine.

Nei tumori epiteliali è stata dimostrata la perdita totale o parziale della E-cad man mano che essi progrediscono verso la malignità. Nel CaP l'espressione del complesso E-cad/catenine è aberrante e l'alterata presenza di E-cad sembra essere legata ad una sopravvivenza ridotta. La riduzione dell'espressione di E-cad è accompagnata dalla comparsa della N-caderina (caderina neuronale), proteina presente in cellule nervose e mesenchimali, e quindi dotate di elevata motilità. Il fenomeno, denominato switching, è responsabile di legami intercellulari meno stabili, è stato riscontrato nel CaP di alto grado e correla significativamente con l'aumento del Gleason score. È stato inoltre dimostrato che nelle cellule tumorali si verifica un processo denominato ectodomain shedding, che consiste nel clivaggio proteolitico di differenti proteine di membrana, inclusa la forma matura di E-cad (120 kDa), dalla quale vengono liberati frammenti proteici. In particolare, il frammento di 80 kDa circola nei fluidi biologici e raggiunge livelli significativi nel siero di pazienti affetti da vari tipi di neoplasie. È stato dimostrato che la forma di E-cad solubile determinata nel siero aumenta la sensibilità del PSA nella diagnosi di CaP e nella distinzione tra cancro ed iperplasia prostatica benigna (IPB). La molecola è individuabile già nelle prime fasi della malattia e la sua elevata espressione al momento della diagnosi è associata ad un rischio significativo di ripresa biochimica dopo intervento chirurgico. I livelli sierici più elevati di E-cad solubile sono stati riscontrati nel CaP metastatico.

Le interleuchine sono citochine coinvolte sostanzialmente nella regolazione delle funzioni immunitarie. Esse tuttavia possono facilitare la crescita neoplastica, l'invasività e la metastatizzazione. L'IL-6 è una citochina pleiotropica particolarmente implicata nei processi oncogenetici. I valori sierici di IL-6 sono più elevati nei soggetti affetti da neoplasie prostatiche voluminose, con un Gleason score più elevato e presenza di metastasi linfonodali. È

stato inoltre dimostrato che, se l'IL-6 viene inserita nei modelli predittivi standard, consente una più accurata identificazione dei pazienti che potrebbero beneficiare di un trattamento adiuvante dopo prostatectomia. I livelli plasmatici di IL-6 e del suo recettore sono notevolmente aumentati nel CaP ormono-refrattario e hanno un ruolo prognostico nei pazienti con malattia avanzata. La sovraespressione di IL-6 contribuisce alla resistenza alla bicalutamide.

L'autore presenta un protocollo di ricerca multicentrico in cui vengono determinati i livelli di E-cad solubile e di IL-6 nel siero di pazienti affetti da IPB e da CaP nelle varie fasi di evoluzione della malattia e dopo trattamento con un analogo del GnRH, allo scopo di meglio definire il significato di questi marker soprattutto nel passaggio dalla ormono-sensibilità all'ormonorefrattarietà della neoplasia.

## **METALLO-PROTEASI E LORO INIBITORI NELLA PROGRESSIONE DEL CANCRO DELLA PROSTATA**

**Fabrizio Verweij**

*European Institute of Oncology, Milan*

Prostate cancer is the most common malignant neoplasm in men in Western countries. Prostate cancer is a disease of extensive metastases, with secondary lesions occurring in lymph nodes, bones and sometimes in visceral organs, such as the liver, lungs, and even the brain. The advanced stage of prostatic carcinoma eventually metastasizes to the bones in 85–100% of cases.

Up to 40% of men diagnosed with advanced disease develop metastasis at 5 years. Prostate-specific antigen (PSA) test is still the main diagnostic tool associated with prostate cancer, though markers that correlate with prostate cancer progression are needed.

The development of metastasis consists of a complex series of linked, sequential steps, which tumor cells have to accomplish, involving disconnection of intercellular adhesions and separation of single cells from solid tumor tissue, consequent escape from anoikis, proteolysis of extracellular matrix, and locomotion of tumor cells in the extracellular matrix, followed by invasion of lymph- and blood vessels. Tumor cells need to escape from the immunological reaction once in the circulation, then adhere to endothelial cells to perform extravasation from lymph- and blood vessels, and there to proliferate supported by the induction of angiogenesis. The rate-limiting step is the breakdown of connective tissue barriers, or ECM, that comprise collagens, laminins, fibronectin, vitronectin, and heparan sulfate proteoglycans, and this requires the action of proteolytic enzymes. By acting on a large panel of membrane-associated and extracellular substrates, these enzymes also control several cell functions such as adhesion, fusion, migration and proliferation.

Matrix metalloproteinases (MMPs) and closely related ADAMs (a disintegrin and metalloproteinase) and ADAMTSs (a disintegrin and metalloproteinase with thrombospondin motifs) are proteinases involved in the positive and negative regulation of cancer progression as mainly mediated by the regulation of growth factor activities and integrin functions. Development of prostate cancer is androgen-dependent in early stages but cell growth can become androgen-independent. This androgen-dependency could interfere with ADAM-related regulation processes since the mRNA expression of several ADAMs is regulated by androgens. ADAM-9, -10, -11, -15 and -17 are expressed in prostate cancer cells and show androgen dependent stimulation or inhibition. ADAM-8 protein expression has been demonstrated to be significantly associated with higher cancer stages including positive nodal status, and higher Gleason scores. ADAMTS-13 activity is mildly diminished in prostate tumours even if these rates are not related to metastasis and low

ADAMTS-13 activity could diminish vWF (Von Willebrand Factor) cleavage resulting in an accumulation of highly polymeric vWF, facilitating adhesive interactions between circulating tumour cells and platelets. Moreover, other authors have reported that patients with advanced stage and metastasis of cancer display lower ADAMTS-13 levels. Prostate stroma cells constitutively express ADAMTS-1, -4, -5, -9, -15 as well as TIMP-3 in contrast to some prostate cancer cell lines. ADAM-15 is overexpressed in aggressive prostate adenocarcinoma, correlates with cancer stages, and might be a marker for a more aggressive prostate cancer subtype. ADAM-10 is specifically expressed on the cell surface of normal epithelial cells while tumour cells show mainly nuclear staining for ADAM-10 suggesting an interaction with nuclear proteins or DNA. Proteinase activation appears to be by itself of particular importance in carcinogenesis suggesting an involvement of Matrix metalloproteinases (MMPs), a subgroup of metalloendopeptidase zinc dependent that act as extracellular matrix – degrading enzymes and play a physiological crucial role in normal issues such as embryogenesis, tissue remodeling and repairing processes, inflammation, and angiogenesis. They cleave extracellular matrix (ECM) collagen, laminin, fibronectin as well as non-matrix substrates (growth factors, cell surface receptors, etc).

The deregulation of MMPs is involved in many diseases, and are tightly involved in the angiogenic process as well as in tumor cell extravasation and metastasis.

MMP-2 and MMP-9 (also called gelatinase A and B, respectively) have been regarded as critical molecules in promoting tumor cell metastasis. MMP-2 serum levels have been reported to correlate with the extent of disease in patients with prostate cancer and proved to have a good prognostic accuracy for MMP-9 but not for MMP-2. Both enzymes cleave collagen that constitutes a major component of subendothelial matrix, thus facilitating tumor cell egression from blood to tissues. Process rely on a receptor dependent adhesion to the matrix and eventually its release and cell-cell or cell matrix receptors interactions. Each MMP is classified by substrate activity and contains a catalytic domain, a propeptide regulatory domain, and carboxyl-terminal structural domains. MMP expression is regulated at the level of gene transcription, enzymatic activation, and inhibition of proteolytic activity by tissue inhibitors of metalloproteinases (TIMP). This process is also enhanced by platelet activity and other factors, mostly involving immune system and angiogenesis.

Platelet involvement in dissemination of tumor metastasis is established.

Potential mechanisms of the platelet effect on metastatic dissemination include PAR receptors, platelet-derived lysophosphatidic acid and others. Platelets directly mediate tumor cell shielding from immune system, and adhesion to the vascular wall thus facilitating their egress into tissues. Angiogenesis is a prerequisite for tumor growth, and involvement of MMPs in tumor vascularization has been cleared out. In addition, platelets may serve as a source of numerous proangiogenic cytokines that support growth of new capillaries in the vicinity of metastasis.

The ability of platelets as a cellular system to induce angiogenesis in spite of numerous antiangiogenic compounds in their alpha-granules has recently been demonstrated. Platelet-derived microparticles induced MMP-2 secretion

This activity of MMPs and TIMPs is mediated on pro-angiogenic molecules (VEGF and angiopoietin family) and anti-angiogenic molecules such as angiostatin, and interaction with thrombomodulin and thrombin.

MMP-9 acts by VEGF-A release. Other isoforms as VEGF-C perform their action in an enhanced way on their receptors when a proteolytic cleavage MMP mediated modifies their structure. MMPs are also involved in the T cell function and natural killer (NK) cells impairing caused by cancer, via IL2- $\alpha$  cleavage,

and TGF-beta activation. Their regulation govern the cleavage and release of many important growth factors and cell surface receptors. The mechanisms underlying the predilection of prostate cancer to metastasize to bone remains unclear.

Osteopontin (OPN) is a substrate for several extracellular proteases and is cleaved in vitro and in vivo by thrombin coagulation factor and matrix metalloproteinases (MMP). The expression level of osteopontin correlates with the metastatic potential of several tumors. OPN (also named bone sialoprotein I, secreted phospho-protein I, 2ar, uropoietin, early T-lymphocyte activation-1) is a secreted glycosylated phosphoprotein constitutively expressed in several cell types in which it is involved in many physiologic processes as cell migration, cell survival, and immunity and its induced expression has been detected in remodeling processes such as inflammation, ischemia-reperfusion, bone resorption, and tumor progression. OPN functions both as a cell attachment and chemoattractive factor in tumors, like breast and prostate.

Osteopontin is a well-characterized ligand for the  $\alpha_3$  integrin. Integrin  $\alpha_3$  has a role in the metastasis of prostate cancer cells to bone by arbitrating adhesion to and migration on OPN and vitronectin, which are common extra cellular matrix (ECM) proteins in bone micro-environment.

Adhesion of prostate cancer cells to bone marrow endothelial cell line (hBMECs) is directly related to the surface expression of the hyaluronan receptor CD44. The surface expression of CD44 is required for the activation of MMP-9.

OPN/ $\alpha_3$  signaling-mediated CD44/MMP-9 complex formation on the cell surface, transduces cell-matrix signaling directed to increase motility, invasion, and angiogenesis, and MMP-9 secretion, and activity may play important roles in prostate cancer cell migration. CD44/ MMP-9 complex formation on the cell surface may represent a unique motility-enhancing signal in prostate cancer.

Secretion of active MMP-9 may offer a potential mechanistic explanation for the processes of ECM degradation and cell migration.

A mechanism for the activation and secretion of active MMP-9 has yet to be elucidated.

MMPs are inhibited by tissue inhibitors (TIMP 1-4) and other proteins (alfa 1 proteinase and others)

Several MMP inhibitors have been investigated in clinical trials for their efficacy in blocking tumor invasion. Among all experimental drugs, common used Bisphosphonates (BPs), used to reduce the rate of damage caused to bone, show MMP inhibiting activity, too. They inhibit osteoclast activity and, therefore, are used to treat patients with osteolytic metastases. These compounds do not induce apoptosis in tumor cells to inhibit tumor invasion, but they inhibited the proteolytic activity of metalloproteinases through chelation of zinc ions.

#### **DISFUNZIONI ERETTILI E SESSUALI CORRELATE AI TRATTAMENTI ONCOLOGICI IL FERIMENTO DI PIAPO: SIGNIFICATO SIMBOLICO DELLE NEOPLASIE UROLOGICHE**

**Diego Frigoli**  
(Milano)

Nel modello ecobiopsicologico, elaborazione moderna degli studi junghiani sul rapporto fra archetipo ed immagini simboliche, il continuum materia-mente si struttura secondo un criterio che pone in stretta relazione l'organo e la sua funzione, con le immagini psichiche scaturite sia dall'inconscio personale che presenti nei miti e nelle produzioni dell'inconscio collettivo. Al centro di questa relazione si pone il Sé psicosomatico, vero archetipo dell'ordine delle funzioni corporee e delle immagini psichiche personali e collettive.

Nel caso delle malattie urologiche, in particolare le malattie del-

la prostata, si è pensato di indagare il rapporto che esiste tra la malattia stessa e le immagini simboliche corrispondenti, attraverso un esame psicodinamico dei sintomi e delle fantasie specifiche presenti nei pazienti, ai fini di orientare meglio la diagnosi e la terapia. Si è scelto il mito di Priapo come espressione simbolica del Sé psicosomatico, per evidenziare se l'analisi del mito possa amplificare la conoscenza dei fantasmi inconsci dei pazienti prostatici, in vista di una psicoterapia mirata.

Wounding Priapus: the symbolic meaning of urological neoplasms. The ecobiopsychological model is a modern development of studies on the relationship between Jungian archetypal and symbolic images. From this point of view, the continuum matter-psyche is structured according to a criterion that creates close relationship between body parts and their function, with the resulting mental images, either from personal unconscious, the myths and the production of the collective unconscious.

The core of this relationship is Psychosomatic Self, the true order archetype of the bodily functions and mental images, either personal and collective.

In the event of urological diseases, particularly diseases of the prostate, it was thought to investigate the relationship between the disease itself and the corresponding symbolic images through a psychodynamic examination of symptoms and symbolic patterns found in patients, for the purpose of orienting better diagnosis and therapy.

We chose the myth of Priapus as a symbolic expression of the Psychosomatic Self, to detect if the analysis of the myth can amplify the knowledge of the unconscious fantasies of prostate patients, on a targeted psychotherapy.

#### **SESSO E DINTORNI: QUALITÀ DI VITA NEI PAZIENTI CON NEOPLASIA VESCICALE**

**Annamaria Abbona**  
(Torino)

Il concetto di Qualità di vita (QoL) è ormai entrato a far parte integrante della medicina moderna, sempre più proiettata alla salvaguardia di un benessere psicofisico, emotivo, sociale dell'individuo. La World Health Organisation definisce la QoL come "la percezione soggettiva che un individuo ha della propria vita, nel contesto di una cultura e di un'insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative, preoccupazioni". In ambito medico-scientifico il tema ha sicuramente modificato la concezione di salute passando da una visione medico-organocentrica ad una clinico-umanistica che affronta non la patologia, ma il soggetto in una prospettiva olistica per cui, i fenomeni legati alla salute sono considerati necessari, ma non sufficienti per una descrizione globale della vita. L'American Society of Clinical Oncology (ASCO) nel '96 affermava che, pur restando la sopravvivenza l'obiettivo principale di una terapia oncologica, "un trattamento va considerato idoneo quando, pur non essendo in grado di prolungare la sopravvivenza del soggetto, è tuttavia utile per migliorarne la qualità di vita"; "così come deve essere rigettato un trattamento che infici gravemente tale qualità, senza offrire un significativo aumento della quantità di vita stessa". Quando un intervento o una terapia alterano in qualche modo l'integrità corporea, si creano già nell'individuo tutta una serie di problematiche legate al riadattamento che rendono maggiormente ardua l'accettazione dell'iter terapeutico. Le persone si percepiscono come incomplete, poco attraenti e, specialmente la nudità mette duramente a confronto con la realtà della malattia, creando imbarazzo e disagio. Cresce in loro una profonda preoccupazione non solo per l'aspetto fisico, ma anche e soprattutto per il timore di essere rifiutati dal partner e, per chi è solo, la paura di aver perso ogni chance per intraprendere nuove relazioni. Ogni soggetto rappresenta un'unità unica ed irripetibile ed in quanto tale, affronta la malattia con una sua specifica

reazione psico-fisica. Nello studio effettuato sono stati analizzati i principali fattori che concorrono a determinare tale reazione (età, personalità del soggetto, ambiente familiare e lavorativo, condizione sociale e tempo libero...) ed affrontati con approccio multidisciplinare-integrato che si è dimostrato efficacemente sinergico.

Le domande poste prima, durante e dopo tutto l'iter-medico-chirurgico ha evidenziato l'esigenza costante del soggetto ad essere informato sulla malattia, sulle opzioni terapeutiche possibili al fine di operare una scelta consapevole. L'attenzione posta agli inevitabili cambiamenti emotivi, comportamentali e psico-sociali che le terapie neoplastiche e la chirurgia oncologica comportano, ha evidenziato la necessità indiscutibile di garantire un supporto medico, psicologico, sessuologico, socio-sistemico costanti per far riacquisire autostima, prevenire la fatigue oncologica così difficilmente superabile. "Il cancro-diceva un chirurgo- è un ladro che porta via tutto, la serenità, la forza, la ricchezza e lo scambio sessuale.

Per questo motivo lo dobbiamo combattere cercando di trattare almeno una parte del suo bottino. Il paziente non deve essere grato al chirurgo per avergli salvato la vita, ma per avergli ridato una qualità di vita dignitosa".

### I MEDICI FRA EROS E THANATOS: LA RELAZIONE CON I PAZIENTI ONCOLOGICI

**Sandro Bonomo**

(Milano)

Sappiamo tutti che il tumore è una brutta malattia ("brutto male"). Sappiamo quasi tutti che l'eventuale prognosi favorevole risolve il male, ma non risolve il dolore e la paura.

Il male c'è.  
C'è la morte.  
C'è stato l'incontro.

Ho dovuto pensarmi, vedermi morto: sono stato costretto.

Sappiamo in molti che, scampati al tumore, non si torna come prima: si può essere "più attivi di prima", ma il prima è modificato. Può essere rielaborato, o può essere limitato, o compromesso, o perduto.

Ci si incontra con la finitezza, il limite, la mancanza.  
Si piange.

Anche guariti si piange.  
Anche riparati, restituiti, "protesizzati", si piange.

Si muore e si vive.  
Si muore, si dice, soli.  
Si può vivere, si sa, anche facendosi soli ("senza voce") o anche lasciati soli ("senza ascolto").

Occorre imparare a vivere conservando la continuità, e ubbidendo alla discontinuità, e rispondendo alle novità, anzi addirittura ricercandole (senza novità è vita ripetuta, usata: tutto è già successo, più nulla succede se non danni...)

Nel nostro caso, il tumore è "virile".  
Colpisce forte, molto forte.  
Colpisce basso.  
Disarma l'uomo.

Colpisce la passione ( e la prestanza, e la prestazione)  
Apre alla compassione?

Il paziente c'è dentro.  
Anche il medico c'è dentro.

È tra la vita e la morte, ma è per la vita, non per la morte.  
È tra la salute ed il danno, ma è per la salute, non per il danno.

Il paziente sta, nel suo essere, nel suo viverci, tra vita e morte, masticando entrambe.

Il medico c'è? Ci sa stare?  
Se ci sai stare, ci sei.  
Se non ci sai stare, ci fai.

Ci insegnano a fare.  
Non ci insegnano a stare.

## GIULIANI LECTURE

### SYSTEMS PATHOLOGY: ROLE IN TRADITIONAL DIAGNOSTIC PATHOLOGY AND TRANSLATIONAL MEDICINE

**Michael J. Donovan**

(Yonkers)

Systems pathology represents the formalization of a thought process which most pathologists incorporate while performing routine diagnostic medicine. Through advances in image analysis and immunofluorescence we developed a multidisciplinary methodology, termed *systems pathology*, to generate prognostic and predictive models for complex disease. Our working hypothesis was that by using this approach, and expanding the clinical pathological variables by including morphometric features and molecular biomarkers, we could develop a more robust new tool for predicting patient outcome. The application to medicine of novel mathematics coupled with newly developed information technologies should have broad interest across all disciplines within the clinical scientific community. We focused on predictive tests for the management of patients with prostate cancer primarily because of a clinical unmet need to develop improved algorithms which are more closely aligned with the individual patient (and their tumor sample) and their likelihood of experiencing a recurrence of their disease. We are certain that this approach will have an impact not only on predicting clinical outcome but will also be useful for assessing diagnostic markers in clinical pathology and for building models in determining response to specific targeted therapeutics.

## HOT TOPICS VESCICA 1 - CARCINOMA VESCICALE NON MUSCOLO-INVASIVO

### BIOMARCATORI URINARI

**Roberta Gunelli**

(Forlì)

Il carcinoma vescicale è il quarto come frequenza fra tutte le neoplasie nel maschio e l'ottavo nel sesso femminile ed ha un notevole impatto economico.

Il costo per paziente con tumore vescicale dalla diagnosi alla morte è il più alto fra tutti i tumori (1).

La cistoscopia è considerata il gold standard per la diagnosi del tumore della vescica ma è una metodica invasiva, relativamente costosa e l'accuratezza diagnostica, anche in mani esperte, dipende da numerosi fattori quali il tempo di osservazione, la tolleranza del paziente, l'eventuale sanguinamento, la presenza di alterazioni infiammatorie della mucosa vescicale (2).

Il marker ideale dovrebbe essere non-invasivo, tecnicamente semplice, poco costoso e con elevata accuratezza diagnostica;

dovrebbe avere un alto valore predittivo positivo (PPV) per evitare indagini diagnostiche non necessarie per falsi positivi e un alto valore predittivo negativo (NPV) per evitare il rischio di progressione per tumori vescicali non diagnosticati (3).

La citologia urinaria (CU) è utilizzata in associazione alla cistoscopia, ha alta specificità (84-100%) ma bassa sensibilità (35-65%) soprattutto per le forme di basso grado (2).

La CU, esame non invasivo e ben accettato dal paziente, è di basso costo e a tutt'oggi è il marker utilizzato universalmente nella pratica clinica.

È un esame che tuttavia ha per limiti principali, oltre alla bassa sensibilità, la necessità di una corretta preparazione ed allestimento dell'esame ed una accuratezza che dipende dall'esperienza dell'anatomo patologo (4).

Il campione urinario deve essere accompagnato da una dettagliata descrizione della storia clinica del paziente, dalle modalità di conservazione del campione stesso e da ogni dettaglio riguardante terapie precedenti o in atto.

L'accuratezza diagnostica può infatti essere inficiata dallo scarso numero di cellule esfoliate, da concomitanti infezioni urinarie, dalla presenza di calcoli o da precedenti instillazioni endovesicali.

Il campione può essere ottenuto da una minzione spontanea, da catetere vescicale o da lavaggio vescicale, peraltro il lavaggio vescicale non aumenta l'accuratezza diagnostica dell'esame (5).

Importante è la modalità di raccolta e conservazione dei campioni utilizzati per la CU, dovendo essere eseguita su urine fresche con adeguata fissazione e scartando le urine del mattino non adeguate per la citolisi spesso presente che porta ad un campione di cattiva qualità

La citologia urinaria è di prassi eseguita su tre campioni diversi di urine ottenuti in 3 giorni consecutivi poiché la sensibilità aumenta aumentando il numero dei campioni esaminati (dal 43.9 % esaminando un solo campione al 66.7% con tre campioni) ed aumentando il volume del campione analizzato (> 10 ml) (5).

A fronte di una larga concordanza di opinioni è però interessante sottolineare i risultati di 2 recenti metanalisi (2, 6) che portano a conclusioni sorprendentemente diverse per quanto riguarda la sensibilità e la specificità mediane.

Lokeswar a fronte di una sensibilità mediana tra le migliori riportate in letteratura su urine spontanee (67%) riporta una netta riduzione della specificità (80%). Lotan invece riporta una sensibilità mediana del 34% con una specificità del 99%. Tali dati apparentemente discordi possono derivare dal fatto che alcune scuole rendono conto nel referto solo di atipie indiscutibilmente riferibili a neoplasia ottenendo così una elevata specificità a fronte di una bassa sensibilità; altri considerano atipie anche alterazioni che con indagine successive (ecografia e cistoscopia) risulteranno in parete neoplastiche ed in parte reattive ottenendo una migliore sensibilità ma bassa specificità. Entrambi gli AA riportano inoltre una bassa sensibilità della citologia urinaria per il carcinoma in situ (CIS) rispettivamente del 56 e 63%, in contrasto con quanto ritenuto dalla maggioranza degli autori, evidenziando la difficoltà a diagnosticare i CIS in presenza di

forme pagetoide, cellule neoplastiche di piccola taglia e flogosi. L'accuratezza della citologia dipende dal livello di esperienza del patologo ed è pertanto difficilmente standardizzabile (2).

Karakiewicz et al. (4) In un recente lavoro evidenziano come si osservi, analizzando i dati aggiustati per sesso ed età di 10 diversi centri, una elevata variabilità dell'accuratezza della citologia urinaria nel predire la recidiva del carcinoma vescicale con valori variabili dal 63 all'89%. La variabilità risulta elevata anche per i tumori di alto grado e stadio e questo è in contrasto con la considerazione che la citologia urinaria ha sempre buona accuratezza diagnostica nei tumori di alto grado e stadio avanzato. Risulta quindi evidente la necessità di affiancare e/o sostituire alla citologia urinaria uno o più markers in grado di potenziarne le già buone performances.

Riportiamo in una tabella riassuntiva i principali marker urinari che negli anni più recenti sono stati proposti per un impiego clinico nel carcinoma vescicale. A tutt'oggi non è possibile però dare a questi markers una rilevanza clinica tale da metterli allo stesso piano della citologia urinaria principalmente a causa della necessità di avere disponibilità di ulteriori studi o per la complessità e costo elevato dei tests, ma ugualmente si sono potuti ricavare importanti indicazioni su quali campi dovranno conver-

Marker diagnostici carcinoma vescicale

Test/marker		Sensibilità	specificità	Vantaggi	Svantaggi		
Markers urinari	Bladder Tumor Antigen	BTA stat (2,7) Proteina fattore H complemento	24-89%	52-93%	ambulatoriale	falsi positivi nelle patologie benigne	
		BTA TRAK (7,8) Proteina fattore H complemento	57-79%	48-95%		falsi positivi nelle patologie benigne	
	Test basati sulle proteine della matrice nucleare	NMP22 (9,10,11,12,13,14) Proteina Nucleare	49.5-65%	40-87.3%	non influenzato da precedenti terapie (BCG), buona sensibilità nei bassi gradi	cut-off non definito, alta variabilità nell'accuratezza predittiva	
		Survivina (15,16,17) Proteina inibitore apoptosi	64-94%	93-100%	sensibilità e specificità	necessari ulteriori studi	
		BCLA-4 (18,19) Proteina matrice nucleare	95-95%	89-100%	sensibilità e specificità	necessari ulteriori studi	
		Citocheratina	1. UBC Citocheratina 8,18 (2)	UBC 13-75%	UBC 65-75%		falsi positivi nelle patologie benigne, influenzato da precedenti terapie (BCG)
			2. Cyfra 21 Citocheratina 19 (2,20)	Cyfra 21 75,5-96,9%	Cyfra 21 67,2-71%	sensibilità e specificità	necessari ulteriori studi
		Acido ialuronico-ialuronidasi (21,22) Componenti matrice solubile	83-94%	80%	60% "falsi positivi" recidivano a 5 mesi	necessari ulteriori studi	
		Immunocyt (23) Antigeni superficie cellulare	38-100%	75-90%	buona sensibilità nei bassi gradi	alta variabilità interosservatore	
		Telomerasi (24,25,26,27) hTERT	70-100%	60-70%	sensibilità, indipendente da grado e stadio	influenzata da età ed infiammazione	
Cell-based markers	FISH (2,28,29,30,31,32,33) Alterazioni cromosomi 3,7,17,9p21	69-87%	89-96%	sensibilità e specificità, non influenzato da precedenti terapie (BCG)	complesso e costoso		
	MSA (2,34,35) Frammenti di DNA	72-97%	80-100%	buona sensibilità nei bassi gradi	complesso e costoso		

gere gli sforzi intellettuali ed economici nei prossimi anni. È infatti evidente come, migliorando la conoscenza dei meccanismi molecolari coinvolti nella carcinogenesi e nella progressione tumorale ed aumentando la numerosità della popolazione oggetto degli studi, vi sia nel futuro la possibilità di trovare markers molecolari ad elevato potenziale diagnostico e prognostico, fino ad allora citologia urinaria cistoscopia rappresenteranno lo standard per la diagnosi ed il follow up del tumore vescicale.

#### Bibliografia

1. Svatek RS, Sagalowsky A, Lotan Y: Economic impact of screening for bladder cancer using bladder tumor marker: A decision analysis. *Urologic Oncology* 24:338-343, 2006
2. Lokeshwar VB, Habuchi T, Grossman HB, Murphy WM, Hautmann SH, Hemstreet III GP, Bono AV, Getzenberg RH, Goebell P, Schmitz-Drager, Scalken J, Fradet Y, Marberger M, Messing E, Droller MJ: Bladder tumor beyond cytology international consensus panel on bladder tumor markers. *Urology* 2005; 65(6 Suppl 1): 35-63.
3. Goebell PJ, Groshen SL, Schmitz-Drager BJ: Guidelines for development of diagnostic markers in bladder cancer. *World J Urol* 2008; 26:4-11.
4. Karakiewicz PI, Benayoun S, Zippe C et al: Institutional variability in the accuracy of urinary cytology for predicting recurrence of transitional cell carcinoma of the bladder. *BJU Int* 2006; 97: 997-1001.
5. Planz B, Jochims E, Deix T, Caspers HP, Jakse G, Boecking A. The role of urinary cytology for detection of bladder cancer. *Eur J Surg Oncol.* 2005 Apr; 31(3): 304-8.
6. Lotan Y, Roehrborn C.G.: Sensitivity and specificity of commonly available bladder tumour markers versus cytology: results of a comprehensive literature review and meta-analyses. *Urology* 2003; 61: 109-18.
7. Van Rhijn BW, van der Poel HG, van der Kwast TH: Urine marker for bladder cancer surveillance. A systematic review. *Eur Urol* 2005; 47: 736-748.
8. Agarwal P, Black P, Kamat A: Considerations on the use of diagnostic markers in management of patients with bladder cancer. *World J Urol* 2008; 26: 39-44.
9. Grossman H, Messing E, Soloway M et al: Detection of bladder cancer using a point-of-care proteomic assay. *Jama* 2005; 293: 810-816.
10. Grossman H, Soloway M, Messing E et al: Surveillance for recurrent bladder cancer using a point-of care proteomic assay. *Jama* 2005; 295: 299-305.
11. Shariat S, Marberger M, Lotan Y, et al: Variability in the performance of nuclear matrix protein 22 for the detection of bladder cancer. *J Urol* 2006; 176: 919-926.
12. Lotan Y, Shariat SF and the NMP22 study Group: impact of risk factors on the performance of the nuclear matrix protein 22 point-of care test for bladder cancer detection. *BJU* 2008; 101: 1362-1367
13. Hutterer GC, Karakiewicz PI, Zippe C, Ludecke G et al: Urinary Cytology and nuclear matrix protein 22 in the detection of bladder recurrence other than transitional cell carcinoma. *BJU* 2008; 101: 561-565.
14. Shariat S, Zippe C, Ludecke G, Boman H, Sanchez-Carbayo M, Casella R, Mian C, Friedrich MG, Eissa S et al: Nomograms including nuclear matrix protein 22 for prediction on disease recurrence and progression in patients with Ta, T1 or CIS transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol* 2005; 173: 1518-1525.
15. Shariat S, Asdhfaq R, Karakiewicz P, Saeedi O, Sagalowsky A, Lotan Y: Survivin expression is associated with bladder cancer presence, stage, progression and mortality. *Cancer* 2007; 109: 1106-1113.
16. Weikert S, Christoph F, Schrader M, Krause H, Miller K, Muller M: Quantitative analysis of survivin mRNA expression in urine and tumor tissue of bladder cancer patients and its potential relevance for disease detection and prognosis. *Int J Cancer* 2005; 116: 100-104.
17. Schultz IJ, Wester K, Straatman H, et al: Gene expression analysis for the prediction of recurrence in patients with primary Ta urothelial cell carcinoma. *Eur Urol* 2007; 51: 416-423.
18. Nielsen ME, Gonzalgo ML, Schoenberg MP et al: Towards critical evaluation on the role(s) of molecular biomarker in the management of bladder cancer. *World J Urol* 2006; 24: 499-508.
19. Meyers-Irvin J, Landisittel D, Gertzenberg R: Use of the novel marker BCLA-1 for the detection of bladder cancer. *J Urol* 2005, 174: 64-8.
20. Fernandez-Gomez J, Rodriguez-Martinez JJ, Escaf Barmadah S et al: Urinary CYFRA 21-1 is not a useful marker for the detection of recurrences in the follow-up of superficial bladder cancer. *Eur Urol* 2007; 51: 1267-74.
21. Lokeshwar VB, Cerwinka WH, Lokeshwar BL: HYAL1 hyaluronidase: a molecular determined of bladder tumor growth and invasion. *Cancer Res* 2005; 65: 2243-2253.
22. Eissa S, Kassim SK, Labib RA et al: Detection of bladder carcinoma by combined testing of urine for hyaluronidase and cytochrome c 20 RNAs. *Cancer* 2005; 103: 1356-1362.
23. Lodde M, Mian C, Comloj E et al: uCyt+ test: alternative to cystoscopy for less-invasive follow up of patients with low risk of urothelial carcinoma. *Urology* 2006; 67: 950-954.
24. Lokeshwar VB, Selzer MG: Urinary bladder tumor markers. *Urologic Oncology Seminars and original investigations* 2006; 24: 528-537.
25. Sanchini M, Bravaccini S, Medri L, Gunelli R, Nanni O, Monti F et al: Urine telomerase: an important marker in the diagnosis of bladder cancer. *Neoplasia* 2004; 6(3): 234-9.
26. Sanchini M, Gunelli R, Nanni O, Bravaccini S, Fabbri C et al: Relevance of urine telomerase in the diagnosis of bladder cancer. *JAMA* 2005; 294: 2052-2056.
27. Bravaccini S, Sanchini M, Granato A, Gunelli R, Nanni O, Amadori D, Calistri D, Silvestrini R: Urine telomerase activity for the detection of bladder cancer in females. *J Urol* 2007; 178, 57-61.
28. Skacel M, Fahmy M, Brainard J, et al: Fluorescence in situ hybridization assay detects transitional cell carcinoma in the majority of patients with bladder cancer and atypical or negative urine cytology. *J Urol* 2003; 169: 2101-2105.
29. Sarodsy M, Schellhammer P, Bobinsky G et al: Clinical evaluation of a multi-target fluorescent in situ hybridization assay for detection of bladder cancer. *J Urol* 2002; 168: 1950-1954.
30. Kipp B, Karnes R, Brankley S: Monitoring intravesical therapy for superficial bladder cancer using fluorescence in situ hybridization. *J Urol* 2005; 173: 401-404.
31. Black PC, Brown GA, Dinney CP: Molecular markers of urothelial cancer and their use in the monitoring of superficial urothelial cancer. *J Clin Oncol* 2006; 24: 5528-5535.
32. Moonen PM, Merckx GFM, Peelen P, Karthaus HFM, Smeets DFCM, Witjes JA: Urovision compared cytology and quantitative cytology in the surveillance of non-muscle-invasive bladder cancer. *Eur Urol* 2007; 51: 1275-1280.
33. Halling KC, Kipp BR: Bladder cancer detection using FISH (UroVysion assay). *Adv Anat Patol* 2008, 15(5): 279-86
34. Bartoletti R, Dal Canto M, Cai T et al: Early diagnosis and monitoring of superficial cell carcinoma by microsatellite analysis on urine sediment. *Oncol Rep* 2005; 13: 531-537.
35. Frigerio S, Padberg B, Strebler R, et al: Improved detection of bladder carcinoma cells in voided urine by standardized microsatellite analysis. *Int J Cancer* 2007; 121: 329-338.

## APPROFONDIMENTO 1 FATTORI GENETICI E MICROAMBIENTE NELLO SVILUPPO, NELLA PROGRESSIONE E NELLA METASTATIZZAZIONE DEL CANCRO DELLA PROSTATA

### CO-COLTURE BIDIMENSIONALI PER LO STUDIO DELLE RELAZIONI EPITELIO-STROMA NEL CANCRO DELLA PROSTATA

**Fortunata Iacopino**

Istituto di Istologia ed Embriologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

I rapporti che si stabiliscono tra l'epitelio e il microambiente extracellulare o le cellule dello stroma sono fondamentali nella regolazione della crescita, della motilità e del differenziamento cellulare in molti organi tra i quali la prostata. Tali interazioni hanno



un ruolo determinante non solo nei tessuti normali, ma anche nell'ambito dei tumori, influenzando l'evoluzione della neoplasia. Nel contesto dello stroma tra le cellule che possono essere coinvolte in questo dialogo un ruolo privilegiato va riservato ai fibroblasti, la cui azione si esplica sia tramite la produzione di fattori paracrini, sia mediante l'instaurarsi di rapporti diretti con le cellule cancerose. Gli effetti prodotti sono rappresentati in taluni casi dalla promozione della crescita del tumore in altri dal contenimento della progressione della neoplasia. Il comportamento varia a seconda che si consideri lo stroma locale della neoplasia primitiva o lo stroma della sede di arrivo di cellule metastatiche. Gli studi finora presenti in letteratura deporrebbero, generalmente, nel primo caso per un'azione dello stroma favorente lo sviluppo del tumore, mentre nel secondo caso esso sarebbe rallentato. A sostegno di questa ipotesi è il fatto che non tutte le cellule che si sganciano dal tumore e diventano metastatiche danno luogo a lesioni secondarie, ma possono rimanere silenti, in uno stato di quiescenza. Per poter studiare questi fenomeni si sono sfruttate varie metodiche tra cui quella delle co-culture, della quale, però, esistono differenti varianti. In una tipologia di co-cultura (es. transwell) le cellule vengono cresciute in ambienti separati per cui non si instaurano contatti diretti e il loro mezzo di comunicazione è rappresentato dal medium di coltura in cui le cellule immettono i loro prodotti di secrezione. In questo caso non è possibile discriminare se tali secreti siano prodotti da un tipo cellulare o dall'altro, cosa che, invece, può essere rilevata mediante lo studio con i media condizionati. Il medium condizionato è quello in cui viene coltivato, per un certo lasso di tempo, un tipo cellulare; successivamente esso viene prelevato ed utilizzato per coltivare le cellule dell'altro tipo, osservandone così gli effetti. Si può procedere alla valutazione dei componenti presenti nel medium condizionato. In un'altra tipologia le cellule sono allocate nello stesso ambiente in modo che esse possano stabilire dei contatti diretti. Questa modalità può essere condotta in un sistema bidimensionale (2D), in cui non partecipa la matrice extracellulare, o in uno tridimensionale (3D), che vede la presenza di materiale extracellulare rappresentato ad es. da collagene, matrigel o agar. Ognuna delle procedure indicate è valida ed è atta a raggiungere obiettivi specifici.

Per quanto riguarda il nostro laboratorio, l'interesse è stato rivolto ai possibili rapporti delle cellule neoplastiche con lo stroma sito in sedi distanti dalla neoplasia primitiva, nel caso specifico rappresentato da fibroblasti derivati da brushing di gengiva umana denominate FG. Gli esperimenti sono stati condotti in co-culture 2D utilizzando la linea FG in combinazione con tre linee cellulari di adenocarcinoma prostatico umano a diverso grado di differenziazione: le cellule LNCaP sensibili agli androgeni e le cellule PC-3 e DU-145 non responsive agli androgeni. In una prima fase le cellule derivate dalla gengiva sono state caratterizzate per la loro natura fibroblastica. Esse sono risultate positive per la vimentina e negative per la citocheratina 18, l'alfa-actina della muscolatura liscia e il CD31, confermando così che la coltura era costituita da fibroblasti in assenza di cellule endoteliali, miofibroblasti e cellule epiteliali.

Sono state indagate le modalità di crescita delle cellule in singolo o in co-culture mediante analisi al microscopio invertito a contrasto di fase; è stato studiato l'effetto dei media condizionati delle varie linee cellulari mediante conte cellulari; è stata valutata l'espressione della E-caderina (E-cad), una molecola di adesione presente a livello delle giunzioni intercellulari di tipo aderente, con analisi immunocitochimica. Le cellule LNCaP in co-cultura crescono formando una rete al di sopra del monostrato costituito dai fibroblasti, mentre le due linee non sensibili agli androgeni costituiscono delle colonie che vengono contornate dai fibroblasti. Al sesto giorno di co-cultura, le cellule LNCaP sono palesemente in numero ridotto rispetto a quelle cresciute in singolo e fenomeni regressivi si osservano sia a carico delle cellule

LNCaP che a carico dei fibroblasti. Al sesto giorno, le cellule PC-3 e DU-145 invece hanno prevaricato nella crescita i fibroblasti, che, nel caso specifico delle co-culture con le DU-145, non sono più evidenziabili. Il medium condizionato dei fibroblasti inibisce la proliferazione delle cellule LNCaP androgeno-sensibili dopo tre giorni del 33% ( $p < 0,01$ ) e dopo sei giorni fino all'82% ( $p < 0,01$ ), mentre non ha alcun effetto sulle cellule PC-3 e DU-145. I media condizionati di tutte e tre le linee di adenocarcinoma riducono la crescita dei fibroblasti, essendo più efficace quello delle cellule DU-145 che inibisce la crescita dei fibroblasti del 50% ( $p < 0,01$ ) già dopo tre giorni e del 55% ( $p < 0,01$ ) dopo sei giorni di esposizione. Per quanto riguarda la E-cad, essa non è espressa dai fibroblasti né quando sono in singolo, né nelle co-culture. Le cellule LNCaP mostrano una forte reattività a ridosso della membrana e in qualche elemento anche a livello del nucleo, al contrario delle cellule PC-3 che presentano una reattività più debole a livello di membrana con un maggior numero di elementi positivi a livello del nucleo. Nelle cellule DU-145, l'espressione della E-cad è sporadica, ma tipicamente localizzata a livello della membrana citoplasmatica. Unico dato variante al quadro illustrato è che nelle cellule PC-3 in co-cultura si osserva una ridotta immunoreattività della E-cad a livello del nucleo, rispetto alle cellule coltivate in singolo, e una sua maggiore espressione a livello della membrana citoplasmatica.

I dati raccolti indicano l'esistenza di un dialogo tra i fibroblasti e le cellule prostatiche che si estrinseca sia mediante le peculiari modalità di crescita osservate sia, in parte, mediante fattori secreti nel medium di coltura che regolano la crescita delle linee cellulari con un rapporto a favore delle cellule più aggressive. Allo stesso tempo a livello dei contatti cellulari si assiste, nel caso specifico delle cellule PC-3, a una più classica localizzazione della E-cad, con evidenti implicazioni funzionali.

## APPROFONDIMENTO 2 TERAPIA MEDICA DEL CARCINOMA RENALE

### COME MIGLIORARE LA "SAFETY"

**Giuseppe Procopio**

(Milano)

Until the recent past, mRCC was characterized by an extremely poor prognosis due to the fact that advanced disease was highly resistant to the available therapeutic approaches, consisting in chemotherapy, radiotherapy and hormonal therapy; nevertheless, after their introduction, cytokines established inadequate response rates (RR), with high risks in terms of toxicity. During the last years, advances in the understanding of RCC molecular biology have led to the development of new agents displaying substantial efficacy levels along with acceptable toxicity profiles in the clinical setting: this resulted in a shift from the use of cytokine-based therapies, the only therapeutic approach recognized of some value. Target agents currently marketed for the treatment of mRCC include sunitinib malate (Sutent®), sorafenib mesylate (Nexavar®), temsirolimus (Torisel™) and bevacizumab (Avastin®); the latter is employed in combination with interferon-alpha (IFN-).

Sunitinib and Sorafenib are two oral multitarget inhibitor of several Tyrosine Kinase Receptors (RTKs), Temsirolimus is an inhibitor of mammalian Target of Rapamycin (mTOR) and Bevacizumab is an anti-VEGF humanised monoclonal antibody and is administered in combination with IFN-.

This presentation aims at supplying the most recent information on mRCC systemic treatment and summarises the most significant clinical data obtained using the different molecularly targeted agents, either as single agent or in combination or sequentially, and in both newly diagnosed and pre-treated patients.

**QUESTION TIME NEOPLASIE VESCICALI NON MUSCOLO INVASIVE E WHO: 1973 O 2004?**

**Rodolfo Montironi**  
(Ancona)

La classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 2004 suddivide le neoplasie non invasive dell'urotelio in forme piatte, esofitiche o papillari ed endofitiche. Quelle piatte sono lesioni caratterizzate da punto di vista morfologico da alterazioni cito-architeturali intra-uroteliali. Le forme esofitiche mostrano assi connettivo-vascolari ed uno spettro di alterazioni cito-architeturali dell'urotelio. Crescono o sporgono nel lume delle vie urinarie. Le forme endofitiche mostrano alterazioni simili a quelle delle forme papillari. La differenza è che le lesioni non sporgono nel lume, ma crescono in modo compressivo e non infiltrativo nel connettivo sotto-epiteliale. Le alterazioni cito-architeturali piatte, esofitiche ed endofitiche possono essere suddivise in forme con morfologia di tipo iperplastico, displastico e neoplastico. Esistono anche forme di neoplasie dell'urotelio prive di alterazioni cito-architeturali.

*Neoplasie dell'urotelio prive di alterazioni cito-architeturali*

Questo gruppo comprende il papilloma uroteliale e il papilloma uroteliale invertito. Il papilloma uroteliale è una forma esofitica o papillare rivestita da urotelio normale. Nella forma invertita l'urotelio, privo di atipie citologiche, cresce sotto forma di nidi e cordoni cellulari nel connettivo sottoepiteliale in modo simile a quello dei nidi di Brun. Entrambe le lesioni sono benigne. La forma endofitica può recidivare quando non è completamente asportata.

*Neoplasie dell'urotelio con la morfologia della iperplasia*

Questo gruppo comprende la iperplasia piatta e quella micropapillare e la neoplasia uroteliale papillifera a basso potenziale di malignità. La forma piatta di iperplasia è caratterizzata da un aumento del numero degli strati cellulari, superiore a 7, senza modificazioni citologiche. La forma micropapillare è simile dal punto di vista cito-architeturale all'iperplasia piatta. La differenza è rappresentata dal fatto che l'urotelio ha una superficie ondulata senza formazione di vere papille con asse connettivo vascolare. La forma piatta e quella micropapillare possono essere osservate in biopsie di follow-up in pazienti con precedenti neoplasie papillari. Si ritiene che possano rappresentare la fase iniziale della recidiva neoplastica, soprattutto di forme a basso grado.

La neoplasia uroteliale papillare a basso potenziale di malignità è una lesione esofitica con assi connettivo-vascolari rivestiti da urotelio simile dal punto di vista cito-architeturale a quello della iperplasia piatta. È una lesione non invasiva che può recidivare nel 30-40% dei casi e progredire in circa il 3% dei pazienti.

*Neoplasie dell'urotelio con la morfologia della displasia*

Questo gruppo comprende la displasia piatta dell'urotelio e il carcinoma uroteliale papillare di basso grado. La displasia piatta mostra alterazione cito-architeturale dell'urotelio senza modificazione significativa del numero degli strati cellulari. Dal punto di vista citologico i nuclei mostrano un modesto polimorfismo e modesta attività mitotica soprattutto negli strati cellulari più basali. La diagnosi differenziale è con la atipica reattiva in cui la alterazione cellulare è secondaria alla presenza di una flogosi acuta e in grado minore cronica. Il 15% dei pazienti con displasia dell'urotelio progredisce verso un carcinoma in situ o una forma papillare di carcinoma dell'urotelio in circa 5 anni. Il carcinoma uroteliale papillare di basso grado è una neoplasia esofitica con assi connettivo vascolari rivestiti da urotelio che mostra alterazione cito-architeturale simile a quella della displasia piatta, cioè polimorfismo nucleare di moderata entità con una architettura dell'urotelio ancora riconoscibile. Si tratta di una neoplasia che può recidivare nel 50% dei casi e progredire in circa il 10% dei pazienti.

*Neoplasie rivestite da urotelio neoplastico*

Questo gruppo comprende il carcinoma uroteliale in situ e il carcinoma uroteliale papillare di alto grado. Il carcinoma uroteliale in situ si caratterizza per la presenza di una alterazione completa dell'architettura dell'urotelio il quale è composto da cellule atipiche simili a quelle presenti nel carcinoma uroteliale infiltrante di alto grado. Lo sviluppo di una carcinoma infiltrante si osserva in circa il 20-30% dei pazienti. Il carcinoma uroteliale in situ con microinfiltrazione rappresenta la fase iniziale della progressione verso un carcinoma infiltrante. Il carcinoma uroteliale papillare di alto grado è costituito da assi connettivo-vascolari rivestiti da urotelio simile a quello del carcinoma in situ piatto. Progressione verso un carcinoma infiltrante si osserva nel 15-40% dei pazienti.

*Classificazione della OMS del 1973*

La classificazione del 2004 della OMS differisce da quella del 1973 soprattutto per quanto riguarda la suddivisione delle lesioni papillari. La classificazione del 1973 comprende il papilloma uroteliale, e tre gradi di carcinoma uroteliale papillare (grado 1, grado 2 e grado 3). Solo gli estremi delle due classificazioni si equivalgono. Il papilloma uroteliale e il carcinoma uroteliale papillare di alto grado corrispondono al papilloma e al carcinoma di grado 3 della classificazione del 1973. I casi di carcinoma papillare di grado 1 vengono suddivisi nella nuova classificazione in neoplasia uroteliale papillare a basso potenziale di malignità e carcinoma uroteliale papillare di basso grado sulla base della presenza o assenza di atipica cellulare. I casi di carcinoma uroteliale papillare di grado 2 vengono suddivisi in carcinoma uroteliale papillare di basso grado e di alto grado sulla base della entità della alterazione citologica.

I lavori pubblicati in letteratura non hanno mostrato in modo univoco che la classificazione morfologica del 2004 è superiore clinicamente a quella del 1973. Da punto di vista pratico il sistema ancora utilizzato dai clinici per il trattamento e il follow-up dei pazienti con neoplasie dell'urotelio è quello proposto nel 1973.

*Bibliografia*

1. Sauter G, Algaba F, Amin MB, Busch C et al. Tumours of the urinary system. In: Epstein JI, Eble JN, Sesterhenn I, Sauter G, eds. World Health Organization Classification of Tumours Pathology and Genetics: Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs. Lyon: IARC Press, 2004: 89-157.
2. Montironi R, Lopez-Beltran A. The 2004 WHO classification of bladder tumors: a summary and commentary. Int J Surg Pathol 2005; 13:143-153.
3. Montironi R, Mazzucchelli R, Scarpelli M, Lopez-Beltran A, Cheng L. Morphological diagnosis of urothelial neoplasms. J Clin Pathol. 2008; 6:3-10.

**HOT TOPICS PENE E TESTICOLO**

**LA CHIRURGIA DEL RETROPERITONEO NEL TRATTAMENTO DELLE NEOPLASIE GERMINALI DEL TESTICOLO: LA LINFOADENECTOMIA RETROPERITONEALE (RPLND)**

Nicola Nicolai  
(Milano)

La linfadenectomia retroperitoneale (RPLND) ha costituito l'unica risorsa terapeutica dotata di efficacia per le neoplasie germinali non seminomatosa del testicolo (NSGCTT) metastatica al retroperitoneo fino agli anni '70 del secolo scorso.

L'introduzione della chemioterapia a base di Cisplatino nel tumore del testicolo è stata una delle maggiori rivoluzioni in oncologia, ed ha cambiato radicalmente il trattamento di questa malattia. Attualmente gli spazi di indicazione per la RPLND sono i seguenti:

- RPLND primaria (non seminoma)
- RPLND secondaria (dopo una linea di chemioterapia) (non-seminoma e seminoma)
- RPLND secondaria (dopo chemioterapia di salvataggio) (non-seminoma e seminoma)
- re-RPLND (non-seminoma e seminoma)
- RPLND di salvataggio (non-seminoma e seminoma)

#### RPLND primaria.

Costituisce il metodo di stadiazione di maggiore accuratezza per la malattia al I stadio clinico, ed è riconosciuta come una delle opzioni possibili in questo stadio di malattia dalle principali linee guida (EGCCCG, IGG, ESMO). Ne è raccomandata l'esecuzione in centri cosiddetti ad alto volume.

La RPLND primaria offre i vantaggi di ridurre il numero delle recidive e specialmente delle recidive tardive (> 2 anni), di semplificare il follow-up, di avere una morbilità bassa quando effettuato in centri di alta specializzazione, di eradicare la possibile presenza di malattia retroperitoneale chemioresistente e chemioinsensibile (teratoma maturo, la cui presenza in piccole metastasi retroperitoneali in pazienti non precedentemente trattati con chemioterapia è stimata tra il 20 ed il 30%), di ridurre (circa dimezzare) la necessità di dover ricorrere a chemioterapia, cui consegue un rischio potenziale di sviluppo di seconda neoplasia e di malattie cardiovascolari.

Complicanze della RPLND primaria sono riportate tra il 3 ed il 17%, specie in funzione del centro nel quale è effettuata. La complicanza specifica della RPLND, la perdita della eiaculazione anterograda, è contenuta all'1-2% nei centri a di maggiore esperienza (INT Milano, Indiana University, Indianapolis). In questi centri la mortalità è pressoché nulla e la necessità di re-intervento è inferiore all'1%.

#### RPLND laparoscopica.

La Lap-RPLND non ha attuale grande credito nelle experts opinions (EGCCCG, ESMO, EAU). Tuttavia, si tratta di una procedura fattibile (stadio clinico I), in grado obiettivamente di ridurre la morbilità. La sua equivalenza oncologica con open RPLND non è peraltro dimostrata nei pazienti con metastasi linfonodali, sebbene un excess rate di ricadute nei pazienti senza metastasi retroperitoneali non è stato registrato tra le oramai oltre 400 lap-RPLND riportate in letteratura. Le complicanze della procedura sono al momento più frequenti che nelle migliori serie di RPLND open, ma questi numeri risentono ancora delle fasi iniziali di applicazione della procedura, cui corrispondono i più elevati tassi di complicanza che avevano richiesto conversione a procedura open. Dopo chemioterapia è applicabile e consigliabile in pazienti selezionati. Non è al momento dimostrabile un (probabile) favorevole rapporto costo-beneficio rispetto alla procedura open.

#### RPLND postchemioterapia primaria.

Circa 2/3 delle malattie retroperitoneali hanno un residuo di malattia al termine del trattamento. Attualmente l'istologia riscontrata nel residuo è carcinoma in circa il 10%, teratoma maturo in circa il 50% e fibrosi e necrosi in circa il 40%. Non è tuttavia predicibile la natura del residuo pre-intervento. Alcuni indicatori sono stati impiegati per stabilire l'opportunità della RPLND post-chemioterapia. Tra questi se l'istologia del tumore primitivo contenesse o meno teratoma e se la riduzione del volume di malattia (shrinkage) sia maggiore o minore del 90%. La FDG-PET non è da considerarsi affidabile nel caso di non seminoma, specialmente perché l'eventuale presenza di teratoma non è riconosciuta dalla metodica, non essendo tale tessuto avido di FDG.

Attualmente le indicazioni per RPLND secondaria contemplano: non intervento in caso di remissione completa, intervento in caso di residuo misurabile e ancora sola osservazione in caso di residuo subcentimetrico dopo shrinkage > 90% ed assenza di teratoma nel tumore primitivo.

Il timing della RPLND secondaria è raccomandato essere sufficientemente ravvicinato al termine della chemioterapia (4-8 settimane), poiché appare dimostrato che dilazioni dell'intervento su pazienti non selezionati si associano a un peggioramento della prognosi.

In caso di presenza di carcinoma residuo, i fattori che si associano ad un deterioramento prognostico sono la radicalità della chirurgia, l'entità della componente di malattia vitale nel residuo (> Vs < 10%), e la categoria prognostica alla partenza secondo i criteri IGCCCG. In assenza di parametri sfavorevoli non è indicata chemioterapia complementare, mentre nei casi con fattori sfavorevoli non è dimostrato un ruolo della terapia adiuvante.

Le complicazioni della chirurgia secondaria sono più frequenti che dopo chirurgia primaria. In una recente revisione è stato riportato un 27% di complicanze.

Nel caso di residuo di malattia seminomatosa, il ruolo della chirurgia è discusso. Una massa residua è presente nel 25% dei casi con malattia avanzata, e la percentuale di riduzione non è predittiva dell'istologia del residuo.

In oltre il 90% dei casi il residuo contiene tessuto fibronectrotico, mentre nei pazienti con residuo < 3 cm malattia attiva è riportata anche in meno del 10%. In questo settino, la FDG-PET sta trovando una collocazione strutturale. Un esame positivo è possibile nei residui sopra i 3 cm ed è invece assai raro nei residui < 3 cm, dove un residuo istologico attivo non è stato poi dimostrato chirurgicamente. La chirurgia del residuo di seminoma è difficile per la forte reazione fibrotica, ed è da considerare solo in casi selezionati e in mano di chirurghi esperti.

#### La RPLND dopo chemioterapia di salvataggio.

Fino al 50% di questi pazienti ha un residuo contenente carcinoma attivo. Si è peraltro assistito ad una riduzione del rilievo di carcinoma residuo dal 42% al 14% dopo l'introduzione di chemioterapia di salvataggio contenente taxani rispetto alle terapie di salvataggio convenzionali (la quota di teratoma rimane simile: 31% Vs 33%), con migliorata sopravvivenza. L'indicazione a chirurgia in questi casi (ove possibile) è stringente e non sindacabile.

#### re-RPLND.

La re-RPLND è necessaria raramente (a seguito di precedente chirurgia inadeguata). Una tale situazione costituisce un fattore di rischio sfavorevole: la sopravvivenza a 5 anni è del 55% Vs l'86% dei pazienti sottoposti a precedente adeguata RPLND. Il risultato a lungo termine dipende dalla resezione completa delle masse, che contengono teratoma nel 20-25% e carcinoma residuo nel 35-40%.

La guarigione risulta del 100% nei pazienti con teratoma maturo, ma scende al 44% in quelli con carcinoma residuo ed al 20% in quelli con teratoma con trasformazione maligna (TMT). La re-RPLND è procedura impegnativa che si associa ad una più elevata incidenza di complicanze (le più frequenti: nefrectomia e danni vascolari).

#### RPLND di salvataggio.

La RPLND di salvataggio può essere indicata dopo chemioterapia che non ha sortito effetto (desperation RPLND).

Questa indicazione si pone in caso di malattia recidiva persistente e refrattaria a chemioterapia tecnicamente reseccabile. In serie più recenti la sopravvivenza a 5 anni è risultata del 54-67%. Un'elevazione di un marcatore, una peggiorata RPLND ed una resezione incompleta si sono dimostrati fattori sfavorevoli. Nonostante il valore elevato dei marcatori, il 45-50% circa dei pazienti ha teratoma maturo o fibrosi e necrosi nel residuo.

## AIRO JUNIOR LECTURE

**RADIOTERAPIA POST-OPERATORIA NEL CARCINOMA PROSTATICO: CERTEZZE ACQUISITE E QUESTIONI (ANCORA) APERTE**

Filippo Alongi  
(Milano)

Circa il 35% dei pazienti sottoposti a prostatectomia radicale per adenocarcinoma prostatico è destinato ad una recidiva biochimica entro 10 anni dalla data di intervento (1).

La radioterapia post prostatectomia radicale ha un ruolo ormai ben stabilito nel trattamento del tumore della prostata localizzata. Recenti risultati, di diversi studi retrospettivi e di tre importanti studi prospettici randomizzati, di cui uno con lungo follow-up, hanno evidenziato l'impatto clinico della terapia radiante di completamento "precoce", in presenza di fattori di rischio patologici come margini chirurgici positivi, extracapsularità ed infiltrazione delle vescicole seminali (2, 3, 4). Il vantaggio clinico è stato evidente anche in presenza di rialzo biochimico, in fase più "tardiva", con intento di salvataggio (5).

Ma chi si avvantaggia di più dell'uso della radioterapia post-operatoria? Il rischio di recidiva per pazienti con uno solo dei fattori patologici "sfavorevoli", come infiltrazione extracapsulare, compromissione delle vescicole seminali e margini di resezione infiltrati, varia dal 30% al 68% (1). Gli studi randomizzati, con più di 1000 pazienti arruolati, hanno dimostrato che la radioterapia diminuisce significativamente il rischio di malattia clinica evidente, di ricaduta biochimica e di necessità di successiva terapia ormonale, quest'ultima oltretutto gravata da una morbilità non trascurabile. Si suggerisce che la terapia adiuvante dovrebbe essere considerata in tutti i pazienti in cui l'esito isto-patologico della prostatectomia dimostra un alto rischio di recidiva locale; attendere un rialzo del PSA, prima di considerare la radioterapia, è considerato secondo autorevoli autori, un approccio senza supporto dalla letteratura (6).

Abbastanza recentemente è emerso inoltre come il rischio di ricaduta, in pazienti sottoposti a prostatectomia radicale e non sottoposti a terapia radiante adiuvante, è prevalentemente locale con un sorprendente basso tasso di metastasi a distanza (6). Questa osservazione contribuisce a focalizzare l'interesse sulla "dose ottimale" di prescrizione di radioterapia sul letto operatorio: da più ricerche è emerso chiaramente il rapporto di stretta correlazione tra dose di radioterapia ed efficacia del trattamento (7, 8). Ciò nonostante, la dose normalmente consigliata nelle serie post-operatorie è 20-25% più bassa rispetto a quella adottata per l'irradiazione a scopo radicale (60-64 Gy versus 74-81 Gy). Alla base di queste scelte terapeutiche c'è, oltre al timore della tossicità attesa con dosi più alte sui tessuti sani, la considerazione che la quantità di malattia sub-microscopica residua è considerata, dopo la prostatectomia radicale, molti logaritmi inferiore, dal punto di vista numerico cellulare. Infatti, i due grandi studi randomizzati, EORTC 22911 e SWOG 8794, hanno investigato sul beneficio della radioterapia post-operatoria adottando dosi di 60-64 Gy (2, 3). Solo pochi studi retrospettivi hanno riportato dosi maggiori nella serie adiuvante (9, 10, 11).

Una importante questione ancora aperta rimane il ruolo della "terapia ormonale" e le modalità di combinazione con la radioterapia post-operatoria. Il contributo clinico della terapia di deprivazione androgenica dopo o insieme alla radioterapia adiuvante, pur considerando gli sforzi di ricerca, è comunque ancora da chiarire (12, 13). Anche sulla variabile "tempo", relativa alla distanza temporale tra la prostatectomia radicale e l'inizio della radioterapia, sono in corso diverse discussioni scientifiche. Starebbe emergendo, da alcune serie, un possibile effetto detrimentalmente quando la radioterapia è prescritta nell'immediato post-operatorio (entro i primi 60-90gg): la causa potrebbe essere un ri-

dotto tempo a disposizione per il recupero funzionale-anatomico, immediatamente dopo la violazione chirurgica, con possibili correlazioni dirette con la minore tolleranza dei tessuti sani pelvici al trattamento radiante (5, 14). Dal punto di vista tecnico non è stato ancora ben definito, in modo unanime, il "volume da irradiare" della loggia prostatica, sebbene siano state pubblicate delle raccomandazioni su come identificare e contornare l'area di interesse del letto operatorio (15). Il ruolo della "irradiazione della pelvi", coinvolgente le aree dei linfonodi di drenaggio è ancora oggetto di dibattito, soprattutto nelle serie post-operatorie. Il razionale della indicazione è quello di sterilizzare micrometastasi occulte, così come avviene per altre patologie neoplastiche a rischio di diffusione linfonodale. Lo studio RTOG 9413 ha evidenziato un beneficio clinico in termini di sopravvivenza, libera da malattia e assoluta, nelle serie di radioterapia radicale associata a terapia ormonale neoadiuvante (16). Questa evidenza ha indotto molti radioterapisti a considerare il rapporto rischio/beneficio dell'introduzione della irradiazione precauzionale della pelvi in pazienti con malattia prostatica localmente avanzata.

La politica corrente nel nostro Istituto è quella di considerare selettivamente l'irradiazione della pelvi anche in fase post-operatoria, in pazienti candidati a radioterapia, adiuvante o di salvataggio, in caso di linfoadenectomia limitata e in presenza di fattori patologici di alto rischio di colonizzazione linfatica regionale. Dalla nostra serie post-operatoria mono-istituzionale, coerentemente con quanto già riportato in caso di irradiazione pelvica durante radioterapia radicale, l'uso routinario di tecniche ad intensità modulata risulta in una riduzione della incidenza cruda della tossicità acuta genito-urinaria, gastrointestinale alta e rettale; il maggiore vantaggio in termini di riduzione di tossicità intestinale è risultato soprattutto in caso di comparazione tra la Tomoterapia elicale (IMRT-IGRT) e la serie storica con tecnica tridimensionale (3DCRT).

La riduzione drastica della tossicità è da addebitare, molto probabilmente, alla capacità della Tomoterapia, maggiore della IMRT statica con acceleratore lineare e ancora di più rispetto alla 3DCRT, nel risparmiare il retto e le anse intestinali dalle alte dosi (17). L'implementazione di "nuove tecnologie", come "la radioterapia ad intensità modulata" (IMRT), ha migliorato, in alcune serie, i dati di tossicità riportati (18). Non c'è comunque ancora dimostrazione di un beneficio in termini clinici, rispetto alle tecniche standard.

L'ingresso della radioterapia a guida di immagine (IGRT), relativamente al possibile miglioramento sulla precisione della ripetitività del trattamento, ha conseguito una mimimizzazione dei margini di set-up, come dimostrato da vari studi. Una conseguente applicazione della IGRT è l'"Adaptive Radiation Therapy", cioè la possibilità di modificare, in itinere, il piano di cura o riportare quotidianamente le situazioni anatomiche "ideali" stabilite in TC di centatura, in funzione delle modifiche anatomiche del distretto irradiato (retto pieno/ vuoto, vescica piena/ vuota) (19, 20).

In conclusione, mentre ormai è acclarato il ruolo della radioterapia adiuvante in caso di fattori prognostici "sfavorevoli" come margini positivi, extracapsularità, infiltrazione delle vescicole, margini positivi e rialzo del PSA, rimangono ancora da definire importanti questioni come la giusta "dose", il "timing" più corretto per minimizzare gli effetti collaterali in fase adiuvante, i volumi da irradiare, la associazione con la terapia ormonale. Sebbene tecniche e tecnologie innovative quali l'IMRT e l'IGRT, nelle loro varie declinazioni (Tomoterapia, Linac, ecc), avrebbero dimostrato un miglioramento della tossicità acuta al trattamento, rimane ad oggi non definibile l'impatto sull'incremento di efficacia, rispetto alle tecniche convenzionali.

*Bibliografia*

1. Hull GW, Rabbani F, Abbas F, et al: Cancer control with radical prostatectomy alone in 1,000 consecutive patients. *J Urol* 167:528-534, 2002.

2. Bolla M, van Poppel H, Collette L. Postoperative radiotherapy after radical prostatectomy: a randomised controlled trial (EORTC trial 22911). *Lancet* 2005; 366:572-8.
3. Thompson Jr IM, Tangen CM, Paradelo J, et al. Adjuvant radiotherapy for pathologically advanced prostate cancer: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006; 296:2329-35.
4. Wiegel T, Bottke D, Willich N, et al. Phase III results of adjuvant radiotherapy (RT) versus "wait and see" in patients with pT3 prostate cancer following radical prostatectomy (RP). (ARO 96-02/AUO AP 09/95). *J Clin Oncol* 2005; 23:4513.
5. Thompson IA, Tangen CM, Paradelo J, et al. Adjuvant Radiotherapy for Pathological T3N0M0 Prostate Cancer Significantly Reduces Risk of Metastases and Improves Survival: Long-Term Followup of a Randomized Clinical Trial *J Urol* 2009, in press.
6. Gregory P, Swanson, M.D.a,b,\*; Ian M. Thompson, M.D.b, *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* 25 (2007) 515-519 Adjuvant radiotherapy for high-risk patients following radical prostatectomy.
7. Swanson GP, Hussey MA, Tangen CM, et al. Predominant treatment failure in postprostatectomy patients is local: analysis of patterns of treatment failure in SWOG 8794. *J Clin Oncol* 2007; 25:2225-9.
8. Kuban DA, Tucker SL, Dong L, et al. Long-term results of the M. D. Anderson randomized dose-escalation trial for prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; 70:67-74.
9. Zelefsky MJ, Leibel SA, Gaudin PB, et al. Dose escalation with three-dimensional conformal radiation therapy affects the outcome in prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998; 41:491-500.
10. Valicenti RK, Gomella LG, Ismail M, Mulholland SG, Petersen RO, Corn BW. Effect of higher radiation dose on biochemical control after radical prostatectomy for PT3N0 prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998; 42:501-6.
11. Valicenti RK, Gomella LG, Ismail M, et al. Durable efficacy of early postoperative radiation therapy for high-risk pT3N0 prostate cancer: the importance of radiation dose. *Urology*. 1998; 52:1034-40
12. Cozzarini C, Fiorino C, Montorsi F, Alongi F, Da Pozzo L.F, Bolognesi a, Freschi M, Guazzoni G, Roscigno M, Scattoni V, Rigatti P, Di Muzio N. The need for High radiation doses ( $\geq 70$ Gy) in early post-operative irradiation after radical prostatectomy. A mono institutional analysis on 334 consecutive high risk patients. *AIRO* 2008 Milano. Tumori, volume 7, suppl. 2, 2008.
13. Eulau SM, Tate DJ, Stamey TA, Bagshaw MA, Hancock SL. Effect of combined transient androgen deprivation and irradiation following radical prostatectomy for prostatic cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998; 41:735-40.
14. King CR, Presti JCJ, Gill H, Brooks J, Hancock SL. Radiotherapy after radical prostatectomy: does transient androgen suppression improve outcomes? *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 59:341-7.
15. Jereczek-Fossa BA, Zerini D, Vavassori A, et al. Sooner or Later? Outcome Analysis of 431 Prostate Cancer Patients Treated with Postoperative or Salvage Radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; (in press).
16. Poortmans P, Bossi A, Vandeputte K, et al. Guidelines for target volume definition in post-operative radiotherapy for prostate cancer, on behalf of the EORTC Radiation Oncology Group. *Radiat Oncol* 2007; 84:121-27.
17. Roach M, DeSilvio C, Lawton CA, et al. Phase III trial comparing whole-pelvic versus prostate-only radiotherapy and neoadjuvant versus adjuvant combined androgen suppression: Radiation Therapy Oncology Group 9413. *J Clin Oncol* 2003; 21:1904-11.
18. Alongi F, Fiorino C, Cozzarini C, Perna L, Di muzio N, Borggi S, Calandrino R, Fazio F. Acute toxicity comparison between IMRT, Tomotherapy and 3dCRT in the treatment of pelvic nodes during post operative radiation therapy for high and intermediate localised prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys Vol 72 suppl 1*. (Abstract ASTRO 2008 Boston).
19. Cavey ML, Bayouth JE, Colman M et al. IMRT to escalate the dose to the prostate while treating the pelvic nodes. *Strahlenther Onkol* 2005; 181:431-441.
20. Fiorino C, Alongi F, Broggi S, Cattaneo M, Cozzarini C, Di Muzio N, Maggiulli E, Mangili P, Perna L, Valdagni R, Fazio F, Calandrino

R. Physics aspects of Prostate tomotherapy: Planning Optimization and Image-Guided Issues. *Acta Oncol.* 2008; 47(7):1309-16.

21. Fiorino C, Di Muzio N, Broggi G, Cozzarini C, Maggiulli E, Alongi F, Valdagni R, Ferruccio F, Calandrino R. Evidence of limited motion of the prostate by carefully emptying the rectum as assessed by daily MVCT image-guidance with Helical Tomotherapy. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*. Mar 26 2008.

## PANEL MULTIDISCIPLINARE RISCHI E BENEFICI: VALUTAZIONE DEI RISCHI DEI TRATTAMENTI MEDICI DEL CARCINOMA PROSTATICO

### BONE HEALTH E MANAGEMENT: PROTEGGERE L'OSSO DA RISCHI IATROGENI

**Francesco Bertoldo**

(Verona)

La terapia ormonale soppressiva include l'orchietomia, la somministrazione di GnRH o la somministrazione di GnRH associato ad un antiandrogeno. Il blocco ormonale determina una marcata soppressione dei livelli circolanti di testosterone (circa dell'80%) ma soprattutto in marcato ipoestrogenismo tissutale (con inibizione fino a circa 90%).

La terapia, combinata con l'età (deficit di GH, DHEAS, vit D) ed altri fattori come la sarcopenia, contribuiscono ad instaurare una condizione di elevato turnover osseo.

La velocità di perdita di massa ossea è molto elevata (circa il 4% anno a livello della colonna) ed è ad esempio circa il quattro volte quella di una donna in menopausa e circa due volte quella indotta da inibitori dell'aromatasi. Va inoltre considerato che l'età media dei pazienti che vengono posti in terapia con androgeno-soppressione coincide con il picco di prevalenza dell'osteoporosi maschile. Circa 1.5 milioni di Americani maschi soffrono di osteoporosi dai 65 anni in poi ed una elevata percentuale di soggetti presenta già una ridotta massa ossea alla diagnosi di carcinoma della prostata. Una percentuale elevata, che in alcune casistiche arriva al 60%, di soggetti presenta inoltre alla diagnosi una severa ipovitaminosi D. L'ipogonadismo indotto dalla terapia aumenta la sensibilità dello scheletro al PTH, e questi pazienti con iperparatiriodismo secondario al deficit di vitamina D subiscono un'amplificazione della perdita di massa ossea. In studi retrospettivi la prevalenza di fratture da fragilità era del 6-13 in due anni di osservazione. Il rischio relativo di frattura osteoporotica aggiustato per i fattori confondenti, in pazienti maschi trattati con blocco-ormonale è circa 4 volte maggiore dei soggetti sani (risk ratio 3.6, CI 1.6-7.7). Le fratture osteoporotiche, soprattutto quelle vertebrali sono spesso asintomatiche o paucisintomatiche e pertanto oltre a rimanere misconosciute vengono considerate senza un peso clinico e prognostico. In realtà le fratture, non solo quelle femorali ma anche quelle vertebrali, determinano un aumento della morbilità correlata e della mortalità in maniera molto più importante nel maschio che nella femmina. In particolare, nel paziente con carcinoma della prostata e ormono-soppressione la presenza di una frattura osteoporotica condiziona la sopravvivenza (RR 7.4 CI:6.1-8.7) quasi come la presenza di una metastasi ossea (RR 9.5 CI 95%: 8.-10.5) e più del livello di PSA (2.8 CI 95%: 0.8-4.8) (53) La coscienza dell'impatto della bone health anche nel soggetto maschio ed il corretto e tempestivo riconoscimento del rischio fratturativo sono oggi elementi irrinunciabili per l'impostazione della prevenzione della perdita di BMD e della riduzione del rischio di frattura.

Terapia dell'Osteoporosi (prevenzione del rischio fratturativo) Nell'ambito dei farmaci per la terapia di molte forme di osteoporosi nel maschio attualmente gli unici con evidenza di efficacia sono alcuni aminobisfosfonati (alendronato, risedronato e nella

prevenzione lo zoledronato) e il teriparatide. Non vi sono studi che abbiano valutato la riduzione del rischio fratturativo specificatamente nel maschio con carcinoma della prostata in blocco ormonale, per cui tutte le evidenze sull'efficacia antifratturativa nel maschio derivano da studi fatti nell'osteoporosi maschile età correlata. L'alendronato è in grado di ridurre significativamente il rischio fratturativo tra il 60% e 80% circa (fratture vertebrali) nel maschio con osteoporosi età correlata e nell'osteoporosi cortisonica. Il risultato è sostanzialmente indipendente dai livelli di testosterone. Il risedronato (alla dose di 35 mg /settimana) è stato studiato in maschio con osteoporosi ed ha dimostrato di poter ridurre del 60% dopo un anno di trattamento il rischio di nuove fratture vertebrali.

Prevenzione dell'osteoporosi (prevenzione della perdita di BMD). In uno studio randomizzato controllato, 112 uomini in blocco androgenico per carcinoma della prostata, sono stati trattati con alendronato (70 mg 1 cp/settimana). Dopo un anno la BMD era aumentata del 3.7% a livello della colonna e del 1.6% a livello del collo femorale nel gruppo trattato rispetto ad un calo del -1.4% e del 0.7% a livello della colonna e femore rispettivamente nel gruppo placebo. L'aumento della massa ossea era sovrapponibile a quanto riscontrato negli studi nei maschi eugonadici. Anche il risedronato 35 mg/settimana somministrato dopo circa 42 mesi di blocco ormonale era in grado di mantenere la massa ossea femorale e determinare un significativo incremento di quella vertebrale. Il pamidronato (60 mg/ogni 3 mesi), in un piccolo studio (47 soggetti con cancro della prostata non metastatico) randomizzato controllato si è dimostrato in grado di prevenire la perdita di massa ossea in un anno di trattamento. L'acido zoledronico alla dose di 4mg/ogni 3 mesi somministrato all'inizio del blocco androgenico ha determinato dopo un anno di terapia un significativo incremento della BMD a livello della colonna (+5.3%) rispetto ad un calo del 2% nel gruppo placebo in un gruppo di 106 maschi affetti da neoplasia prostatica in blocco ormonale. L'effetto preventivo sulla perdita di BMD è stato esplorato anche con dosi inferiori di zoledronato (4mg all'anno). I pazienti erano in blocco androgenico in media da un anno. Tutti i pazienti studiati avevano una BMD superiore a -2.5 T score. La massa ossea aumentava rispetto al basale nel gruppo trattato con una significativa differenza rispetto al placebo pari al +7.1% a livello della colonna e del 2.6% a livello del femore. L'effetto sulla BMD era sovrapponibile a quello ottenuto con la dose 4mg ogni 3 mesi. I dati nel complesso indicano la possibilità di intervenire utilizzando gli aminobisfosfonati per prevenire la perdita e recuperare almeno in parte la BMD persa, anche dopo che il blocco ormonale sia già stato iniziato.

Non c'è attualmente evidenza per definire quale sia il miglior bisfosfonato da utilizzare anche se alendronato (70 mg /settimana), risedronato (35 mg/settimana) e ac zoledronico (4mg ev /anno) sono i più studiati. Alendronato e risedronato, con le limitazioni espresse dalla nota AIFA 79, sono rimborsabile per la terapia dell'osteoporosi maschile (tab. 3 e 4). Nessun bisfosfonato attualmente in Italia ha la rimborsabilità per la prevenzione dell'osteoporosi. Si sottolinea che non vi è attualmente l'indicazione specifica per l'osteoporosi indotta da blocco ormonale nei pazienti con carcinoma della prostata.

## RISKS AND BENEFITS OF BISPHOSPHONATES

**Cinzia Ortega**

(Candiolo - TO)

Androgen deprivation therapy (ADT) and bone metastases are the most important risk factors for developing skeletal-related events (SREs) (pathologic fracture, the requirement for palliative radiation or surgery to bone, spinal cord compression, and hypercalcemia) in prostate cancer (PC) patients with locally advanced and metastatic disease.

The goal of bisphosphonates therapy is to preserve "bone health" in patients with locally advanced PC and to preserve functional independence and quality of life by preventing and delaying the onset of SREs in patients with bone metastases.

Bisphosphonates, which inhibit the osteoclast-mediated bone resorption have proven to be safe and effective in preventing skeletal complications and presently are the standard of care in patients with metastatic disease. Although no bisphosphonate has received FDA approval for the prevention or treatment of ADT-related bone loss, several studies have evaluated the use of bisphosphonates for this indication and have concluded that bisphosphonates should be considered for use in all PC patients with locally advanced disease, especially those with a low baseline bone mineral density initiating ADT.

Several bisphosphonates have been investigated and have received international approval for multiple indications. However, zoledronic acid is the only bisphosphonate that has demonstrated statistically significant benefits in a placebo-controlled trial in men with bone metastases from HRPC.

Bisphosphonates have a generally well-characterized safety profile with acute-phase (flu-like) reactions, most commonly after the first infusion, and dose and infusion rate-dependent effects on renal function. Therefore, adherence to the infusion guidelines, monitoring of serum creatinine levels and the assessment and optimisation of hydration status are necessary to ensure renal safety.

The management of acute-phase reactions can typically be achieved with paracetamol. Osteonecrosis of the jaw (ONJ), a rare complication of bisphosphonates characterized by exposed bone in the oral cavity, has been reported in cancer patients whose treatment regimens included an intravenous (IV) bisphosphonate and in a very small number of patients receiving oral bisphosphonates for non cancer indications. Before bisphosphonates administration, due to the risk from osteonecrosis of the jaw, routine oral examination and treatment of dental problems by a dental team is recommended. Some recent reports confirm that dental surveillance may result in a substantial reduction in the incidence of bisphosphonates-related ONJ.

Presently, in clinical practice bisphosphonate therapy should be considered for patients with bone metastases and locally advanced PC who are at high risk for skeletal complications.

## CORSO BIOPSIA PROSTATICA E RENALE (SIEUN)

### TRANSRECTAL CONTRAST-ENHANCED COLOUR DOPPLER ULTRASOUND AND TARGETED PROSTATIC BIOPSIES

**Vincenzo Scattoni**

(Milano)

#### *Colour Doppler and power Doppler imaging*

Standard gray-scale TRUS technology has limited specificity and sensitivity for prostate cancer detection because of its inability to detect isoechoic neoplasms. To increase its accuracy and utility, researchers have investigated a number of alternatives, including colour Doppler TRUS (CDUS) and power Doppler imaging (PDI) that have the ability to detect and analyze the vascularity of the tissue (1). Increased microvascularity accompanies cancer growth, and neovascularity may be detectable by CDUS and PDI because of abnormal blood flow patterns in larger feeding vessels.

Some studies have shown that CDUS did not add significant information to gray-scale TRUS in detecting early stages of prostate cancer, whereas others have demonstrated varying degrees of benefit (1, 2, 3). Overall, the sensitivity of CDUS for the

diagnosis of prostate cancer ranged between 49% and 87%, and specificity ranged between 38% and 93% (66). PDI is considered the next generation of colour Doppler imaging because it has the advantage of increased sensitivity for detecting small, low-flow blood vessels.

Halpern et al (4) have shown that PDI may be useful for targeted biopsies when the number of biopsy passes must be limited, but that there is no substantial advantage of PDI over CDUS. Remzi et al (5) have recently reported that PDI has a high negative predictive value and may help to reduce the number of unnecessary biopsies because a normal power Doppler TRUS signal might exclude the presence of a prostate cancer.

In conclusion, although CDUS and PDI are two promising imaging techniques, they have limited applicability in the clinical practice.

#### *Contrast-enhanced colour Doppler imaging (CECD) of the prostate and targeted biopsies*

CECD is considered an evolution of CDUS and PDI. It is an ultrasound-based technology for imaging of the prostate that is employed after intravenous administration of microbubbles that contain a gas with low solubility and diffusibility and a shell of lipids or albumin to prolong their life span. The microbubbles are able to increase the signal to noise ratio on the basis of their capability to image differences in vessels permeability and hence to detect tumor neo-angiogenesis. This methodology allows to visualize better prostate cancer and to perform targeted biopsies to isoechoic areas that generally become hypervascular after contrast infusion.

Some authors have showed that using first generation US contrast agents and Doppler technique, a contrast enhancement targeted procedure, it is possible to obtain a detection rate similar to that obtained with systemic biopsies (6). As consequence, several "generations" of micro bubble gas have been evolved with the aim of improving their ability to support detection and characterization of the lesions.

The "1st generation" products like Levovist® were air-filled bubbles that rendered them more instable, easier to be disrupted at pulmonary level and that lead to high signal variability. The second-generation contrast agents are now filled by gas different from air making them more stable to the pulmonary barrier and allowing more reproducible results. The micro bubbles have a diameter less than that of a red blood cell, resist arterial pressure, and remain intravascular in the intact circulation. Currently, the most used second-generation contrast agents are SonoVue® (Bracco Imaging, Milan, Italy), Optison (Amersham Health AS, Oslo, Norway), and Definity (Bristol-Myers Squibb, Billerica, Massachusetts). These agents differ in terms of their shell constituents and gas content that influence shell-stiffness and stability of the micro bubble, and determine physical properties.

The mechanism, by which micro bubbles enhance tissues images, depends on their behavior under acoustic pressure. Low-energy ultrasound causes micro bubbles to oscillate linearly, reflecting ultrasound at the insonation (fundamental) frequency. High-intensity ultrasound (within the energy levels used for diagnostic imaging) destroys micro bubbles.

Since grey-scale US has a low sensitivity, colour Doppler sonography was used for the purpose of improving the diagnosis with higher sensitivity and specificity (34). Although the early studies gave good results, the studies carried out recently have shown that it is impossible to obtain any significant increases. A major limitation has been the fact that the signals from the microbubbles are seemingly inextricably mixed with those from tissue, so that the distribution of the microbubbles is not optimally displayed either in Doppler or grey scale.

The first attempt to overcome this problem was the development of filtered harmonic imaging in which narrowband pulses at a relatively low frequency are transmitted and echoes at double this frequency are selectively filtered to form the image.

The degradation in spatial resolution that inevitably results from the use of a narrow band was overcome by the phase inversion technique in which a pair of wideband pulses is used to form each image line. Unfortunately, both methods also detect the non-linear signals which are generated as the pulse propagates through tissue.

Clearly a pure microbubble signal would be an advantage. New techniques that use more complex pulse series for imaging of contrast agents are now being introduced.

In these techniques a series of three pulses that differ in amplitude and phase is sent along each line and, through appropriate combination of these pulses, contrast agent-specific non-linear fundamental and higher order harmonics can be imaged, allowing continuous, low MI imaging with an extremely high microbubble-to-tissue background ratio. Moreover, the very low transmit power means that continuous imaging can be used for as long as the agent persists, which is some 5-10 minutes for a full dose of SonoVue contrast agent.

In conclusion, thanks to the increase in the signal noise ratio, the contrast agents make possible to obtain an image of the microvascularization which was not possible with the original colour Doppler sonography. This fact has been demonstrated by numerous studies conducted on different organs, such as for example, the liver, heart, kidney and prostate .

Contrast media for ultrasound imaging are becoming more important for clinical examinations and with the use of contrast-dedicated software on the ultrasound equipment, it is possible to accurately display the smallest neoangiogenetic vessels even with low quantities of contrast medium.

The development of off-line software for quantitative analysis of the ultrasound signal is a further improvement for obtaining objective and operator-independent results. This software can extract perfusion parameters from pixel by pixel time-intensity curves. Haemodynamic parameters (intensity-related and time-related) are then reported on color-coded maps describing the vascularization of the organ/lesion under analysis, giving immediate information on perfusion abnormalities.

#### *Clinical studies*

Frauscher et al were the first that have reported promising results in a small clinical protocol with about 90 pts using Levovist®, a first generation CA (6). In 2002, he studied a second generation contrast agent, SonoVue® and run an extensive clinical study (approx. 2000 patients from January 2002 to July 2006) within a PSA Tyrol screening programme, in which systematic versus enhanced prostate biopsy were analyzed (6). The scope of the study was to evaluate the possibility of increasing the rate of detection of prostate cancers by a combination of prostate biopsies achieved with the aid of SonoVue® colour Doppler sonography and a grey-scale ultrasound systematic biopsy on a group of non-selected patients with a retrospective data analysis.

Recently, Frauscher et al have reported the encouraging preliminary results on 100 screening volunteers with an elevated PSA ( $\geq 1.25$  ng/ml and free-to-total PSA  $< 18\%$ )(8). Cancer was detected in 16/50 subjects (32%) by SonoVue® targeted biopsy, and in 13/50 patients (26%) with grey-scale ultrasound systematic biopsy.

The cancer detection rate was significantly better for the targeted approach ( $P < 0.04$ , McNemar). The detection rate for targeted biopsy cores (15.6% or 39/250 cores) was significantly better than for grey-scale ultrasound systematic biopsy cores (6.8% or 34/500 cores,  $P < 0.001$ , McNemar) .

Halpern et al (4). with a different methodology, have reported significantly improved sensitivity, from 38% to 65%, for detecting prostate cancer with preserved specificity at approximately 80%.

On the contrary, other authors have demonstrated that targeted biopsy with CECD detects a number of tumours equal to that of systematic biopsies with less than half the number of cores (9-10).

Unfortunately, the poor discrimination of benign from malignant tissue, which is due to the CECD US signal arising from areas of benign disease such as benign prostatic hyperplasia, has diminished the specificity of this technology.

Recently, it has been reported that short-term oral therapy with a 5-reductase inhibitor combined with dutasteride may improve prostate cancer detection if used with CECD ultrasound (11).

In conclusion, despite these promising results, CECD has not yet gained popularity because of its low specificity, complexity and high cost.

#### References

1. Pallwein L, Mitterberger M, Gradl J, Aigner F, Horninger W, Strasser H, Bartsch G, zur Nedden D, Frauscher F. Value of contrast-enhanced ultrasound and elastography in imaging of prostate cancer. *Curr Opin Urol.* 2007 Jan; 17(1):39-47.
2. Amiel GE, Slawin KM. Newer modalities of ultrasound imaging and treatment of the prostate. *Urol Clin North Am.* 2006 Aug; 33(3):329-37.
3. Scattoni V, Zlotta A, Montironi R, Schulman C, Rigatti P, Montorsi F. Extended and saturation prostatic biopsy in the diagnosis and characterisation of prostate cancer: a critical analysis of the literature. *Eur Urol.* 2007 Nov; 52(5):1309-22.
4. Halpern EJ, Strup SE. Using gray-scale and color and power Doppler sonography to detect prostatic cancer. *AJR Am J Roentgenol.* 2000 Mar; 174(3):623-7.
5. Remzi M, Dobrovits M, Reissigl A, Ravery V, Waldert M, Wiunig C, Fong YK, Djavan B; European Society for Oncological Urology (ESOU). Can power Doppler enhanced transrectal ultrasound guided biopsy improve prostate cancer detection on first and repeat prostate biopsy? *Eur Urol.* 2004 Oct; 46(4):451-6.
6. Frauscher F, Klauser A, Volgger H, Halpern EJ, Pallwein L, Steiner H, Schuster A, Horninger W, Rogatsch H, Bartsch G. Comparison of contrast enhanced color Doppler targeted biopsy with conventional systematic biopsy: impact on prostate cancer detection. *J Urol.* 2002 Apr; 167(4):1648-52.
7. Frauscher F, Klauser A, Halpern EJ, Horninger W, Bartsch G. Detection of prostate cancer with a microbubble ultrasound contrast agent. *Lancet.* 2001 Jun 9; 357(9271):1849-50.
8. Mitterberger M, Horninger W, Pelzer A, Strasser H, Bartsch G, Moser P, Halpern EJ, Gradl J, Aigner F, Pallwein L, Frauscher F. A prospective randomized trial comparing contrast-enhanced targeted versus systematic ultrasound guided biopsies: impact on prostate cancer detection. *Prostate.* 2007 Oct 1; 67(14):1537-42.
9. Halpern EJ, Ramey JR, Strup SE, Frauscher F, McCue P, Gomella LG. Detection of prostate carcinoma with contrast-enhanced sonography using intermittent harmonic imaging. *Cancer.* 2005 Dec 1; 104(11):2373-83.
10. Pelzer A, Bektic J, Berger AP, Pallwein L, Halpern EJ, Horninger W, Bartsch G, Frauscher F. Prostate cancer detection in men with prostate specific antigen 4 to 10 ng/ml using a combined approach of contrast enhanced color Doppler targeted and systematic biopsy. *J Urol.* 2005 Jun; 173(6):1926-9.
11. Mitterberger M, Pinggera G, Horninger W, Strasser H, Halpern E, Pallwein L, Gradl J, Bartsch G, Frauscher F. Dutasteride prior to contrast-enhanced colour doppler ultrasound prostate biopsy increases prostate cancer detection. *Eur Urol.* 2008 Jan; 53(1):112-7.

## CORSO PER INFERMIERI L'INFERMIERE RISPETTO A TECNOLOGIA E ASPETTI PRATICI CORRELATI ALL'ONCOLOGIA UROLOGICA

### L'ASSISTENZA PSICOLOGICA

Roberta Ceccarelli<sup>1</sup>, Simona Donegani<sup>2</sup>

<sup>1</sup>(Bologna); <sup>2</sup>(Milano)

La diagnosi di tumore e quindi anche di tumore alla prostata è spesso vissuta come un evento psicologicamente traumatico e doloroso al di là delle condizioni cliniche con le quali si manifesta.

Le esperienze passate di dolore e di perdita tornano alla memoria e pesano e condizionano i vissuti attuali. La neoplasia prostatica, in quanto Cancro, pur in una situazione di buona prognosi, apre al paziente e a chi gli sta accanto la "visione" della morte.

*La persona, sin dalla diagnosi si trova ad affrontare una serie considerevole di problemi*

- paure rispetto ai trattamenti (effetti collaterali, procedure) compresa la difficoltà di scegliere "quello giusto"
- sensazione di perdita di controllo rispetto alla propria vita attuale e futura
- rabbia e senso di impotenza legati alla difficoltà di riconoscersi ancora nel proprio ruolo lavorativo, familiare e sociale con i limiti dati dalla malattia
- fatica nel dover riorganizzare e riprogettare la propria quotidianità
- cambiamenti nell'immagine di sé
- cambiamenti dei valori
- problemi con i figli ed il partner
- paura del dolore
- perdita di sicurezza sul futuro e paura della morte
- bilancio esistenziale che deriva dal rendersi conto che la vita potrebbe avere un termine

Naturalmente anche la famiglia, le persone vicine, si trovano ad affrontare una situazione difficile

- Come gestire la verità
- La paura della perdita
- Accettare i cambiamenti fisici, psicologici e di comportamento della persona cara
- Accettare i sentimenti ambivalenti odio/amore

Sono tutti problemi reali che vengono vissuti in modo diverso. Naturalmente qualità personali e la presenza di familiari possono aiutare ad affrontare al meglio questi problemi. Tuttavia molti non ci riescono e non sanno neanche a chi rivolgersi per avere un aiuto.

Soprattutto in fase iniziale, i cambiamenti della immagine di sé, nel proprio aspetto fisico, nel ruolo sociale possono essere più o meno inaccettabili e anche più ansiogeni della stessa paura di morire a seconda del significato personale che viene loro attribuito.

Spesso infatti non è la malattia in sé la fonte di maggiore sofferenza psichica ma l'idea ed i pensieri che si hanno sulla malattia (il pensiero di non essere più attraente; di non poter più soddisfare la compagna quindi di non poter più essere amato ...; l'imbarazzo di dover ricorrere a strumenti meccanici o a farmaci per poter avere un rapporto sessuale ... essere impotente; sono solo alcuni esempi di pensieri che possono portare a grande sofferenza una persona malata di tumore alla prostata).

Lo psicologo aiuta la persona malata a ridefinire, ristrutturare, leggere in modo diverso il significato che la malattia ha per la persona riducendo di conseguenza il livello di sofferenza psichica legata alle idee connesse alla malattia stessa. Se per esem-



pio un paziente manifesta una forte preoccupazione per il problema del deficit erettivo legato ai trattamenti il rilevare che tale preoccupazione deriva dalla convinzione che questo lo porterà a dover lasciare la propria compagna il ridefinire il rapporto con la partner – ovviamente coinvolgendo anche questa – individuando ambiti sottovalutati di manifestazione di affetto reciproca riduce notevolmente le ansie legate a questo tipo di patologia e ai suoi trattamenti

*A chi può essere rivolto l'intervento dello psicologo?*

Poiché questo tipo di neoplasia ha carattere fortemente relazionale l'intervento psicologico può essere rivolto sia al singolo che alla coppia e/o alla famiglia.

*Quando è meglio attivare un supporto psicologico?*

Una terapia psicologica può essere effettuata a partire dalla diagnosi proprio in considerazione dei pensieri che si legano alla parola tumore, cancro. Anzi il momento dalla diagnosi all'inizio del trattamento è uno dei più critici anche in considerazione delle varie opzioni terapeutiche possibili per il tumore alla prostata; Può essere effettuata anche in concomitanza con il trattamento; ed anche come completamento di esso;

Se l'opzione è data fin da subito potrà essere il paziente stesso a chiedere di poterne usufruire se e quando lo riterrà più opportuno.

L'intervento dello psico-oncologo si inserisce in un contesto di malattia in cui sono coinvolti altri operatori in particolare l'urologo, l'oncologo o il radioterapista e gli infermieri

Non è quindi il contesto abituale in cui il paziente si rivolge allo psicologo per un proprio disagio ed in cui non esistono altri interlocutori

*Lo psicologo fa da "mediatore" tra medico, infermieri e persona malata*

Se c'è collaborazione tra tutte queste figure interessate in un intervento interdisciplinare lo psicologo può riportare al medico le ansie e le emozioni espresse dalla persona malata. Nel lavoro di tutti i giorni il medico ed il personale infermieristico si trovano a contatto con le ansie del paziente, le domande dei familiari, la paura della morte. Lo psicologo può rileggere anche per il medico e gli infermieri queste emozioni permettendo loro di prendersi cura più serenamente del paziente

*Per concludere*

Quando ci si ammala di cancro un certo grado di sofferenza è inevitabile.

Gli interventi psicologici migliorano la qualità della vita e lo stato d'animo della persona malata.

Lo aiutano a sviluppare modalità più positive per affrontare la malattia.

A ritrovare la speranza ed un senso di controllo personale su ciò che sta accadendo.

Ad integrare la malattia nella propria esperienza di vita.

Il supporto psicologico non fa miracoli ma può evitare che a sofferenza si aggiunga sofferenza

*Bibliografia essenziale*

Bondi M., Costantini A., Grassi L.: *La mente e il cancro.*

*Il Pensiero Scientifico. 1995*

*fighting spirit, helplessness, coping with cancer, anxiety, and self-defined problems - change in anxiety, adjustment to cancer and use of coping strategies A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer.*

Moorey S, Greer S, Bliss J, Law M.

*Psychooncology. 1998 May-Jun; 7(3):218-28.*

Greer s, moorey s baruch jd. *Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. British Medical Journal 1992; 304: 675-80.*

## PROGETTO "DIMISSIONE PROTETTA"

**Francesco Rocco, Cinzia Garofano**

(Milano)

*Introduzione:* Le attuali necessità di rapido turn-over nei reparti chirurgici comportano spesso una dimissione che, seppur corretta sul piano clinico, per il paziente può essere fonte di preoccupazione e angoscia legate anche alla perdita di un'assistenza continua e specialistica.

La Fondazione per la Ricerca e Terapia in Urologia (RTU) - ONLUS patrocina un nuovo progetto di assistenza sul territorio in collaborazione con l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

*Obiettivo:* Estendere l'attenzione al malato chirurgico urologico al di fuori della struttura ospedaliera attraverso l'attuazione del progetto "Dimissione Protetta".

Offerta di una visita domiciliare gratuita a pazienti sottoposti a interventi chirurgici urologici con lo scopo di:

1. controllare che il decorso clinico a domicilio sia regolare
2. rispondere ad eventuali domande o perplessità che fossero rimaste insolite o sopravvenute circa lo stato di salute o la terapia da eseguire a domicilio
3. informare il Medico Curante circa la situazione clinica del paziente
4. concordare con il Medico Curante le misure più opportune per la convalescenza
5. controllare e confermare il successivo programma terapeutico nelle sue diverse parti (terapia, esami di controllo, visite ambulatoriali successive).

*Gruppi target:* Azioni del personale coinvolto nel progetto:

1. Medico Specialista della divisione:
  - a. partecipa all'attività clinica del reparto, conosce il paziente e ne segue il decorso post-chirurgico
  - b. concorda con il paziente e i familiari alla dimissione la data della visita domiciliare
  - c. visita a domicilio il paziente
  - d. informa il Medico Curante del decorso clinico del paziente
2. Segreteria:
  - a. Aggiorna il database pazienti
  - b. Archivia i dati sensibili dei pazienti
3. Paziente:
  - a. residente nell'ambito del territorio di competenza dell'ASL Milano Città
  - b. sottoposto ad intervento chirurgico urologico di chirurgia medio-alta
  - c. acconsente tramite consenso informato scritto e controfirmato al progetto

*Risultati:* Tutti i pazienti a cui il progetto è stato proposto hanno accettato l'iniziativa.

Il Feedback del progetto è stato valutato negli anni 2005 e 2006 attraverso un apposito questionario di gradimento in cui sono stati indagati l'efficienza dell'organizzazione, la competenza degli operatori e il grado di soddisfazione del paziente. Negli anni successivi, invece, senza alcuna indagine guidata, sono pervenute numerose lettere di plauso dell'iniziativa sia da parte dei pazienti che dai familiari che si sentono rassicurati nel proseguimento delle cure.

*Conclusioni:* Dall'analisi dei questionari di gradimento e delle successive lettere di ringraziamento, si può affermare l'elevata positività dei risultati preliminari del Progetto "Dimissione Protetta".

## I DIRITTI DI CHI È COLPITO DA TUMORE

**Domenico Prezioso**

(Napoli)

Il malato di cancro, oltre alle terapie mediche, ha importanti esigenze e giuridiche ed economiche pertanto è necessaria una

tutela che gli permetta di vivere dignitosamente. Affinchè queste possibilità non rimangano inattuato è necessario che i malati conoscano i diritti che lo stato riconosce e garantisce. Per questo sono nati movimenti a carattere internazionale di informazione per il malato che stanno riscuotendo enorme successo come in campo urologico Europa-uomo. A seconda del dell'invalidità riconosciuta i malati hanno diritto a numerose prestazioni: pensione di inabilità, assegno di inabilità, indennità di accompagnamento e indennità di frequenza. Lo stato quindi assiste i malati oncologici che si trovano in determinate condizioni economiche e di gravità della malattia per mezzo del riconoscimento dell'invalidità civile a prescindere da qualunque requisito assicurativo e contributivo. Senza entrare nello specifico la pensione di inabilità può essere erogata per 13 mensilità pari a 246 euro mensili con un limite annuo di 14466 euro. La stessa durata e lo stesso importo ha l'assegno di invalidità in aggiunta alla pensione qualora il reddito non sia superiore a 4238 euro.

In ambito lavorativo alcuni benefici conseguono all'accertamento di una certa percentuale di invalidità. Punto importante è la scelta della sede di lavoro e quindi un eventuale trasferimento. Con un'invalidità superiore al 6% si ha la priorità nella scelta della sede più vicina al domicilio di residenza, inoltre è riconosciuta la possibilità di usufruire di permessi lavorativi retribuiti ed anche il familiare che presta assistenza potrà assentarsi. Sono previsti permessi di due ore giornaliere o tre giorni mensili per il lavoratore infermo, mentre per il familiare sono consentiti tre giorni mensili a condizione che la persona da assistere non sia ricoverata. Ulteriore diritto riconosciuto nell'ambito del lavoro è rappresentato dai congedi di lavoro retribuito di trenta giorni all'anno per cure, straordinario biennale retribuito e biennale non retribuito. Invece il rapporto di lavoro a tempo parziale è una norma che tutela i lavoratori malati di cancro che preferiscono ridurre l'orario di lavoro rinunciando definitivamente all'impiego. È tutelato quindi il diritto di chiedere e ottenere dal datore di lavoro e nel pubblico e nel privato la trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale fino a quando il miglioramento delle condizioni di salute non consentirà loro di riprendere il normale orario di lavoro.

Il comune di residenza infine riconosce al malato di cancro in terapia il diritto ad ottenere il contrassegno di libera circolazione che consente il libero transito nelle zone a traffico limitato e nelle zone pedonali, la sosta nei parcheggi riservati ai disabili ed il contrassegno è ovviamente nominativo.

#### **COLLABORAZIONI MULTIDISCIPLINARI: IL SEGRETO PER UNA BUONA RIUSCITA**

**Maria Teresa La Sala**  
(Torino)

Dall'analisi delle normative, delle linee guida vigenti emerge l'invito del legislatore ad incrementare la collaborazione professionale tra i servizi territoriali e l'ospedale creando una rete di servizi non solo teorica, ma concreta attraverso un sistema integrato di interventi, un aggiornamento dei modelli professionali indispensabili a soddisfare nuovi bisogni, una ridefinizione degli assetti istituzionali per favorire l'integrazione socio-sanitaria (relazioni, ruoli, responsabilità, funzioni di Regioni ed enti locali, sanitario e sociale, ecc.), un miglior raccordo tra servizi e professionisti (esempio: medici di medicina generale e ospedale). L'obiettivo prioritario è la realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali. Un processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati, l'intersectorialità degli interventi, con conseguente riequilibrio di risorse finanziarie e organizzative.

Si tratta quindi di trasformare non tanto le specifiche prestazioni

da erogare, ma piuttosto la modalità di organizzare i servizi, attraverso tre passaggi fondamentali:

- Le dimissioni ospedaliere di pazienti portatori di bisogni assistenziali, devono essere adeguatamente programmate; ciò implica la valutazione di quei bisogni, il coinvolgimento del paziente e dei suoi assistenti, il collegamento con il territorio e la definizione di un piano di assistenza individuale.
- Il distretto deve organizzarsi per esercitare quanto esplicitamente indicato dal Piano sanitario nazionale, deve essere cioè uno degli attori dei percorsi sanitari e socio-sanitari insieme con i medici di famiglia, gli ospedali di riferimento e varie strutture sanitarie e sociali, quali le RSA, gli ospedali di comunità, le strutture residenziali di riabilitazione (DGR 72-14420/2004 per il Piemonte).
- I servizi di assistenza domiciliare e le strutture di cui sopra devono essere adeguatamente preparati a prendere in carico pazienti dimessi dall'ospedale in una fase in cui è ancora necessaria una discreta intensità assistenziale. L'organizzazione territoriale dovrebbe essere anche in grado di affrontare difficoltà assistenziali che si generano a domicilio, ma che non richiedono necessariamente un ricovero ospedaliero, che andrebbe evitato a tutela del paziente.

**Conclusioni:** Nel ripensare la rete ospedaliera è oggi necessario prevedere un sistema integrato, che consenta di fornire risposte adeguate alle aspettative, in termini di diagnosi, terapia, riabilitazione e assistenza, di una popolazione in cui età media e malattie croniche aumentano progressivamente.

Si tratta, in particolare, di concentrare negli ospedali gli interventi di maggiore complessità e, contestualmente, di potenziare sul territorio le strutture già esistenti.

In quest'ottica è indispensabile concentrare quanto più possibile i trattamenti ad alta intensità in pochi centri, dotati di alta tecnologia ed elevata professionalità specialistica. L'assistenza per interventi dedicati alla post-acuzie, soprattutto nelle fasce più fragili di popolazione, deve invece essere collocata più opportunamente in strutture sanitarie diffuse sul territorio, che, pur garantendo gli idonei parametri assistenziali, non privino il paziente della vicinanza dei familiari, permettendo anche una ridistribuzione dei fondi.

## **HOT TOPICS PROSTATA 2**

#### **TO BLEED OR NOT TO BLEED: PROFILO GENICO E TOSSICITÀ DA RADIOTERAPIA**

**Tiziana Rancati**  
(Milano)

In clinical radiotherapy, one of the assumptions is that radiation sensitivity in the humankind is uniform. Few exceptions to this statement regard the very limited group of individuals affected by genetic disorders such as ataxia-telangiectasia, Fanconi anemia, Nijmegen breakage syndrome, who are exquisitely sensitive to radiation but easily identified by their clinical symptoms. However, a number of hints from human studies indicate that the assumption of uniform radiosensitivity is incorrect. Inter-patient variability in expressing radiation-induced toxicity of normal tissues is widely recognized and evident in the clinic, suggesting that such a phenomenon might be, at least in part, genetically determined.

In prostate cancer, several studies using uni- and multivariate analysis are available to estimate the risk of gastro-intestinal morbidity based on dosimetric and clinical variables. For late rectal bleeding, these studies, even if they do not definitively clarify the role of some clinical variables (e.g. the true influence of diabetes or hypertension or of concomitant androgen deprivation), provide a solid set of dose-volume constraints to be ob-

served in order to keep the probability of such morbidity reasonably low. When considering dose escalation protocols, it is clearly evident that, in spite of the utilization of highly sophisticated technology and of the strict application of dose constraints, 5-10% of prostate cancer patients will still suffer of severe rectal bleeding. The use of dosimetric models alone may be insufficient and clinical as well as biological parameters should also be included in predictive tools.

Few studies are available in the literature attempting to identify biological predictors of acute/late toxicity in prostate cancer irradiation and looking at the potential correlation between rectal injury and individual gene profiles (Rieger, Proc Natl Acad Sci U S A 2004; Svensson, PLoS Medicine 2006; Hümmerich, Int J Radiat Biol 2006; Damaraju, Clin Cancer Res 2006; Cesaretti, Int J Radiat Oncol Biol Phys 2007; Peters, Int J Radiat Biol 2008; Burri, Rad Res 2008; Valdagni Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009).

Based on recent findings where abnormal transcriptional responses to DNA damage were associated to acute toxicity and trying to identify markers predicting late rectal bleeding, Valdagni et al. analysed 35 genes involved in DNA-repair or pathways known as targets for radiation (Valdagni Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009). Patients were selected within the AIROPROS 0101 trial, a specifically designed protocol to study the correlation between late rectal bleeding and dosimetric parameters. Accurate dose-volume information were available thus helping to minimize the potential bias due to inaccuracy in dose delivery. The working hypothesis was that individual dose volume information coupled to single patient's gene profile might concur to explain, on the basis of dose-volume histograms quality, unexpected rectal bleeders as well as the unpredicted absence of late toxicity in some individuals.

30 patients undergoing high dose conformal radiation with a minimum follow-up of 48 months were selected: a) 10 patients in the low risk group (V70Gy < 20% and V50Gy < 55%) and showing G2-G3 late rectal bleeding (supposed "radio-sensitive" patients); b) 10 patients in the high risk group (V70Gy > 25% and V50Gy > 60%) with G2-G3 late bleeding; c) 10 patients in the high risk group showing no toxicity (supposed "radio-resistant" patients). As control group 10 healthy donors were used.

Quantitative RT-PCR was performed using Taqman Assays-on-Demand on RNA from lymphoblastoid cells obtained from Epstein-Barr virus-immortalized peripheral blood mononuclear cells. Inter-group expression levels and class prediction were compared using the BRB ArrayTools.

9 genes were significantly down-regulated in "sensitive" patients vs "resistant" patients: AKR1B1 (p = 0.019), UBB (p = 0.018), LSM7 (p = 0.0016), NUDT1 (p = 0.0031), MRPL23 (p = 0.015), PSMD1 (p = 0.062), BAZ1B (p = 0.042), SEC22L1 (p = 0.040) and PSMB4 (p = 0.0079). It was possible to define a cut-off level allowing the identification of the "sensitive" patients for 4/9 genes.

In addition 4 genes were significantly up-regulated in "resistant" patients vs all bleeding patients: DRAP1 (p = 0.0025), DDX17 (p = 0.048), RAD23 (p = 0.015) and SRF (p = 0.024). In all cases it was possible to define a cut-off level for the identification of the "resistant" patients.

The data presented by Valdagni and coworkers seem to confirm Cesaretti's findings (in brachytherapy) on the possible genetic component of rectal bleeding, and it might be reasonable, when more patients will be available, that the double nature of the dose-response relationship is unveiled. It is important to remark that research on genetic susceptibility has always to be coupled to dose-volume information, and possibly to clinical information, because of the well-established role of dosimetric variable in rectal injury prediction.

These results are opening a new era in the prediction and evaluation of radio-induced toxicity, with the final aim of developing a genetically adjusted dose-volume modelling of rectal toxicity.

Future applications concern the possibility of a highly individualized, optimized treatment planning, including genetic variables together with significant clinical variables and dose-volume constraints to be used in user-friendly predictive models such as nomograms. The characterization of the independent contribution of a patient's own genetic makeup to the development of late radiation toxicity might lead to the clinical application of predictive tests to better tailor treatments to the individual: (a) avoiding radiation injury to highly sensitive patients and addressing them to alternative treatments, namely radical prostatectomy; (b) modifying treatment planning introducing more stringent DVH constraints to have a reasonably lower risk of morbidity; (c) modifying the treatment technique, shifting for example, from conformal to intensity modulated radiation; (d) modifying the treatment strategy, e.g. adding androgen deprivation to a lower prescription dose; or (e) allowing safe dose escalation in non susceptible "resistant" high risk patients.

## 5-ARI E CHEMIOPREVENZIONE

**Sebastiano Spatafora**

(Reggio Emilia)

Finasteride è efficace nella chemioprevenzione del carcinoma prostatico (CaP) e il suo utilizzo riduce del 24,8% la prevalenza della neoplasia (95% CI = 18,6-30,6%). Nel braccio attivo dello studio RCT di fase III "Prostate Cancer Prevention Trail" (PCPT) la percentuale di CaP rilevati è stata del 18,4% contro il 24,4% del braccio placebo (LdP II).

Questi risultati, apparentemente solidi, non hanno portato alla diffusione della chemioprevenzione del tumore prostatico con finasteride in quanto dall'interpretazione dei dati dello studio sono emersi dei quesiti non ancora chiariti, quali:

- I. perché la prevalenza del CaP è molto più elevata di quella aspettata?
- II. la riduzione del rischio ottenuta riguarda neoplasie clinicamente significative?
- III. il trattamento con finasteride determina una maggior rischio di malattie di alto grado?
- IV. la tossicità del farmaco, in termini di alterazione della funzionalità sessuale, è accettabile?
- V. un programma di chemioprevenzione con finasteride avrebbe costi sostenibili dai servizi sanitari?

È in corso un RCT di fase III di chemioprevenzione del CaP con 500mg/die di dutasteride, un inibitore delle 5-reduttasi di tipo I e II. L'arruolamento di 8000 pazienti ad alto rischio (PSA ?2,5-3ng/ml e biopsia prostatica a sestante negativa) è stato completato. I primi risultati di questo trial saranno resi pubblici al congresso dell'American Urological Association che si terrà a Chicago nel 2009. Lo studio, sebbene eseguito con un altro agente e in una popolazione differente, potrebbe chiarire alcuni dubbi sollevati dallo studio PCPT e definire se un programma generalizzato di chemioprevenzione del CaP con 5-ARI sia giustificato.

## SIAPEC/ IAP JUNIOR LECTURE

### STUDI DELLA PSEUDO-CAPSULA TUMORALE NEL CARCINOMA RENALE: ASPETTI DIAGNOSTICI E IMPLICAZIONI PROGNOSTICO-TERAPEUTICHE

**Maria R. Raspollini**

(Firenze)

Il carcinoma renale si presenta come una massa nodulare, talora policistica, a margini netti, con aspetti di crescita espansiva e

presenza di una cosiddetta "pseudo-capsula". Questa pseudo-capsula è una struttura spesso virtuale, in quanto non caratterizzata propriamente dal punto di vista istopatologico e spesso addirittura assente.

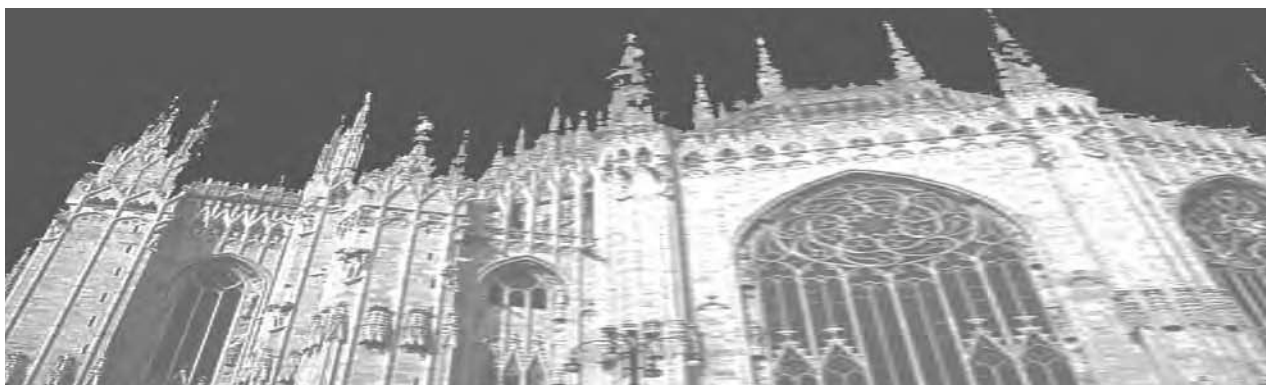
D'altra parte i margini di sicurezza che circondano il tumore durante una enucleazione o enucleoresezione sono stati scarsamente studiati e alcuni studi riportano che l'infiltrazione della pseudo-capsula può osservarsi anche in un terzo dei casi; anche se questo reperto non è stato associato ad un chiaro valore prognostico.

Nostri studi originali sulle caratteristiche di questa pseudo-capsula valutati isto- e immunoisto- chimicamente con specifici marcatori hanno evidenziato che la cosiddetta pseudo-capsula è in

realtà, nella quasi totalità dei casi, una vera capsula con peculiari caratteristiche fenotipiche, ed è rinforzata da un parenchima renale atrofico e/o flogistico che la contorna.

Il significato prognostico di tali osservazioni rimane da definire, pur tuttavia studi clinici hanno dimostrato come la semplice enucleazione che segue il piano di clivaggio tra la pseudo-capsula tumorale ed il parenchima renale portano a sopravvivenze a 10 anni nel 95% dei casi.

Pertanto, il ruolo di questa capsula peri-tumorale sembra quindi più utile nel determinismo di una ottimale enucleazione chirurgica, più che avere un valore diagnostico e/o prognostico significativo e ben definito.



Abstract n. 1 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escrettrice - ore 14.00 Sala Sforza)

**CONTRIBUTO DEL TEST uCYT NELLA DIAGNOSI E NEL FOLLOW UP DEL CARCINOMA A CELLULE TRANSIZIONALI DELLA VESCICA (UC)**

**Bernardi A.<sup>1</sup>, Berno E.<sup>2</sup>, Gussio M.<sup>1</sup>, Lovadina P.<sup>1</sup>, Luparia P.<sup>1</sup>, Morabito F.<sup>3</sup>, Berardengo E.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>S.C. Anatomia Patologica 4Presidio San Giovanni Antica Sede AOU Molinette Torino; <sup>2</sup>S.C. Oncologia Ospedale Gradenigo Torino; <sup>3</sup>S.C. Urologia Ospedale Cardinal Massaia, Asti

*Introduzione e Obiettivi:* Il test di immunofluorescenza uCyt, sviluppato da Fradet e Lochard nel 1997 e approvato negli Stati Uniti per il monitoraggio dei pazienti affetti da carcinoma uroteliale, usa tre anticorpi monoclonali contro una forma di antigene carcinoembrionale ad alto peso molecolare e contro due tipi di mucine associate alle cellule neoplastiche uroteliali esfoliate nei campioni di urina. Ucyt, commercializzato dalla Diagno Cure (Canada) è un test riproducibile e di facile esecuzione su campioni di urina spontanea. Obiettivo dell'attuale lavoro è valutare se il test uCyt migliora la sorveglianza diagnostica e se è un parametro valido per scelte differenziate di follow up.

*Materiali e Metodi:* 317 pazienti (67 donne e 250 uomini) con pregresso UC (di grado 1 sec. WHO in 163 pazienti, di grado 2 in 58 pazienti, di grado 3 in 59 pazienti, 37 pazienti con UC di grado non reperibile) sono stati monitorati per quattro anni secondo lo standard attuale di protocollo di follow up e contemporaneo test uCyt.

*Risultati:* In tutti i gruppi di UC il test uCyt mostra una sensibilità variabile da 83% a 89% vs 40%-82% dell'esame citologico, specificità da 88% a 96% vs 78%-97% della citologia urinaria, un valore di OR (odd ratio) sempre > 20 (l'esame citologico mostra OR > 20 solo nel gruppo di UC di grado 3), VPN (valore predittivo negativo) mai < 97% (Il V.P.N. dell'esame citologico è = 95% solo nei tumori di grado 3). La k di Cohen ha dato un risultato di almost perfect agreement nei tumori di grado 1 e 2, substantial agreement nel gruppo dei tumori considerati in totale e nei tumori di grado 3 vs rispettivamente fair agreement, slight agreement, fair agreement e moderate agreement dell'esame citologico.

In 73 ricadute di UC, 51 da pregresso tumore di basso grado e 22 da pregresso tumore di alto grado la positività al test uCyt ha rivelato precocemente in 23 casi (31,5%) presenza di cellule neoplastiche non evidenziate all'esame citologico urinario e confermate a controlli cistoscopici successivi: 14 casi di ricaduta di UC (27,4 %) 13 con prima diagnosi G1, 1 con prima diagnosi G2 evidenziati con positività al test uCyt hanno mostrato progressione della malattia. In 5 casi la recidiva era G3 e/o CIS, 9 casi progredivano da G1 a G2.

*Conclusioni:* Il test uCyt eseguito contemporaneamente ai controlli cistoscopici e citologici standard migliora la sorveglianza diagnostica del UC e può aiutare nell'identificazione di sottogruppi di pazienti da trattare con differenti protocolli di follow up

Abstract n. 3 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostata 3 - ore 08.00 Sala Visconti)

**ACUTE TOXICITY OF SALVAGE HYPOFRACTIONATED RADIATION TREATMENT WITH TOMOTHERAPY IN 52 POST-OPERATIVELY PATIENTS WITH PROSTATE CANCER**

**Alongi F.<sup>1,2</sup>, Cozzarini C.<sup>1</sup>, Fiorino F.<sup>3</sup>, Bernardi G.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>4</sup>, Calandrino R.<sup>3</sup>, Di Muzio N.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Istituto Scientifico San Raffaele, Radioterapia; <sup>2</sup>IBFM-CNR <sup>3</sup>Fisica Medica; <sup>4</sup>Urologia

*Purpose/Objective(s):* To report early toxicity results using a moderately hypofractionated simultaneous integrated boost (SIB) approach in post-operative setting as salvage treatment delivered with Helical Tomotherapy (HT).

*Materials and methods:* Between 9-2005 and 12-2008, 52 patients submitted to retropubic prostatectomy for localized prostate cancer were treated with HT, with salvage intent after PSA rise greater than 0,2ng/ml and/or anastomosis positive biopsy or PET Coline positive in prostatic fossa Data on acute toxicity were available. Different CTV-PTVs were defined: CTV1: Pelvic nodes area (N); CTV2: bed of Seminal Vesicles; CTV3: prostate bed; OP: overlap region between PTV3 and rectum. Different doses to each PTV, according with a grouping risk based on pathological and clinical features, were delivered in 28 fractions: 50.4-51.8Gy for PTV1, 61.6 for PTV2 and 65, 8-74, 2Gy for

PTV3. For all patients the dose to OP was limited to 65.5 Gy. The values of 2Gy equivalent dose (EQD2) were chosen in order to deliver a treatment which has to be at the same time safe and effective enough for clinically reasonable  $\alpha/\beta$ , values ranging from 1.5 to 10. For PTV1-3 definition, the same margins used at our Institution for 3DCRT were applied (LR: 0.8 cm; PA: 0.8 cm; CC: 1 cm; 0,8 cm in all directions for N) even if patients were repositioned every day by MVCT image-guide taking prostate motion into account. Inverse planning optimisation was performed on the HT planning station; rectum, bladder, femoral heads + femurs (FH), and intestinal cavity (pts underwent N irradiation) were considered as OARs. For all patients, set-up was assessed before each fraction through MVCT image guidance. Clinical and treatment data, including dose-volume histogram (DVH) were reviewed. Rectum (proctitis), Gastro-intestinal (GI) and genito-urinary (GU) signs were recorded with a minimum follow-up > 120 days)

**Results:** Of the 51 pts, 22 (42%) presented G1, 5 (9,6%) G2, and 0 G3 acute GU toxicity respectively. The median time to toxicity was 74 days and 28 days respectively for G1 and G2 sequelae. Rectal G1 toxicity (mainly proctitis) occurred in 15 (29%) pts; 2 (3,8%) pts experienced G2 acute side effects, None G3. Median time to proctitis G1 was 31days. Only 18 pts (34%) showed G1 upper GI toxicity with a time to event of 46 days. 5 (9,6%) experienced G2, none G3 upper-GI toxicity.

**Conclusions:** These results suggest that moderately hypofractionated in post-operative setting as salvage approach with high doses with HT is feasible and safe. A longer follow up is needed to assess late toxicity and tumor control outcome

Abstract n. 4 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**NEOPLASIA PROSTATICA INTRAEPITELIALE DI ALTO GRADO (HGPIN) E CANCRO DELLA PROSTATA: RELAZIONE TRA HGPIN DIFFUSO E RISCHIO DI TUMORE DELLA PROSTATA**

**De Nunzio C., Tubaro A., Trucchi A., Stoppacciaro A.<sup>1</sup>, Miano R.<sup>2</sup>, Cantiani A., Fattahi H., Cicione A., Iori F., Miano L.**

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia e Patologia, Ospedale Sant'Andrea, Università "La Sapienza", Roma; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, Università Tor Vergata, Roma

**Introduzione e Obiettivi:** La neoplasia intraepiteliale di alto grado (HGPIN) si riscontra abitualmente nello 0.7-24% dei campioni biotici ed in circa il 23-79% dei casi una successiva biopsia evidenzia la presenza di tumore. Scopo del nostro studio è di valutare l'incidenza di tumore della prostata nei pazienti con diagnosi di HGPIN, impiegando una tecnica biotica a 12 prelievi.

**Metodo:** Una serie consecutiva di pazienti sottoposti a biopsia della prostata ecoguidata sono stati arruolati tra Dicembre 2004 e Settembre 2008. Tutti i pazienti sono stati valutati mediante esplorazione rettale (DRE), dosaggio del PSA totale e libero, ecografia prostatica transrettale. L'indicazione ad eseguire una prima biopsia della prostata è stata: PSA totale  $\geq 4$  ng/ml e/o DRE positiva. Le biopsie sono state eseguite con blocco anestetico periprostatico con 12 prelievi per paziente. Nei pazienti con diagnosi di HGPIN una nuova biopsia era proposta a sei mesi ed in caso di persistenza di HGPIN a 12 mesi indipendentemente dal valore di PSA. L'analisi statistica veniva eseguita mediante tests di Wilcoxon e Chi-square.

**Risultati:** Sono state eseguite 650 biopsie prostatiche. In 147 (22%) pazienti l'esame istologico ha evidenziato la presenza di HGPIN, di questi 117 (età 65.8 +/- 6.3 anni, PSA medio di 8.7 +/- 5.4 ng/ml, volume prostatico medio di 60 +/- 5 ml hanno ricevuto una seconda biopsia dopo sei mesi dalla prima. Il PSA medio prima della seconda biopsia era di 8.8 +/- 6.8 ng/ml (p = 0.07). L'esame istologico alla seconda biopsia ha evidenziato in 22 pts

(18.8%) la presenza di un adenocarcinoma della prostata (Gleason score 6 in 14 pts, Gleason score 7 in 7 pts e Gleason score 8 in 1 pts); 75 pts si è riscontrato la presenza di HGPIN mentre 20 pts presentavano una diagnosi di prostatite cronica. Dei 75 pts con HGPIN alla seconda biopsia, 20 pts sono stati sottoposti a TURP per LUTS ed esclusi dallo studio, 22 pts (29%) hanno rifiutato la terza biopsia proposta, mentre 33 pts (44%) sono stati sottoposti ad una terza biopsia sei mesi dopo. In questo gruppo di pazienti con PSA di 9,6 4,3 ng/ml (p = 0,63). L'esame istologico della terza biopsia dimostrava la presenza di una neoplasia della prostata in 10 pazienti (4 pts con Gleason score 6, 4 con Gleason score 7 e 2 con Gleason score 8); 15 pts presentavano HGPIN e 8 pts una prostatite cronica. I valori di PSA non hanno permesso di discriminare i pazienti a rischio di tumore della prostata alla seconda o terza biopsia. Il rischio di cancro alla seconda biopsia nei pazienti con almeno 4 prelievi con HGPIN risultava pari al 36% alla seconda biopsia e del 40% alla terza biopsia (Tabella I). L'analisi Chi-square ha confermato che l'incidenza di cancro della prostata sulla seconda biopsia è in relazione al numero di prelievi con HGPIN alla precedente biopsia. (p < 0.001)

	Numero di prelievi con HGPIN		*p $\leq$
	< 4 / 12	$\geq$ 4/12	
Incidenza di tumore della prostata alla seconda biopsia (%)	10/84 (12%)	12/33 (36%)	0,001
Incidenza di tumore della prostata alla terza biopsia (%)	2/13 (15,3%)	8/20 (40%)	0,005

**Conclusioni:** HGPIN è una lesione di frequente riscontro nei campioni di biopsia della prostata. Nella nostra esperienza nei pts con HGPIN, impiegando tecnica biotica a 12 prelievi, si è riscontrata un'elevata incidenza di tumore della prostata ad una successiva biopsia. Il numero di prelievi coinvolti sembra essere l'unico parametro in grado di identificare i pazienti a rischio. Una re-biopsia entro i sei mesi è consigliata soprattutto nei pazienti con almeno 4 prelievi con HGPIN indipendentemente dal valore di PSA.

Abstract n. 5 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostata 3 - ore 08.00 Sala Visconti)

**PSA E CANCRO DELLA PROSTATA NEI PAZIENTI OBESI: VALUTAZIONE DELL'ACCURATEZZA DIAGNOSTICA DEL PSA IN UN GRUPPO DI PAZIENTI OBESI SOTTOPOSTI A BIOPSIA PROSTATICA**

**De Nunzio C., Bañez L.L.<sup>1</sup>, Tubaro A., Trucchi A., Miano R.<sup>2</sup>, Freedland S.J.<sup>1</sup>, Cantiani A., Iori F., Miano L.**

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia, Ospedale Sant'Andrea, Università "La Sapienza", Roma; <sup>1</sup>Division of Urologic Surgery and the Duke Prostate Center, Department of Surgery, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, Università "Tor Vergata", Roma

**Introduzione e Obiettivi:** Nella popolazione obesa si riscontrano valori di PSA inferiori rispetto alla popolazione generale, riducendo, secondo alcuni autori, l'accuratezza diagnostica del PSA. Sebbene i dati disponibili nella popolazione americana, in precedenza valutata dal nostro gruppo, non abbiano evidenziato tale limite del PSA, non sono disponibili dati sulla popolazione europea. Scopo del nostro studio è valutare se le capacità diagnostiche del PSA sono influenzate dal grado di obesità in un gruppo di pazienti italiani sottoposto a biopsia prostatica transrettale.

**Metodi:** Tra Gennaio 2006 ed Ottobre 2008 una serie consecuti-

va di pazienti sottoposti a biopsia prostatica trans-rettale ecoguidata con tecnica a 12 prelievi in regime ambulatoriale sono stati arruolati dopo la firma del consenso informato. Le indicazioni per la biopsia prostatica sono state le seguenti: PSA totale > 4 ng/ml e/o un' esplorazione rettale (DRE) sospetta. Tutti i pazienti sono stati valutati mediante dosaggio del PSA totale e libero, la misurazione del volume prostatico mediante TRUS e la valutazione del peso ed altezza del paziente con calcolo dell'indice di massa corporea (BMI). I pazienti con PSA > 30 ng/ml sono stati esclusi dallo studio. I pazienti sono stati stratificati in base al valore del BMI (kg/m<sup>2</sup>) in accordo con le categorie proposte dalla World Health Organization: < 25 (normale), 25-29.9 (sovrappeso) e ≥ 30 (obesi). Un' analisi ROC (Receiver-operator characteristics) è stata eseguita per confrontare le capacità predittive del PSA nelle diverse categorie di BMI ed in relazione alla diagnosi istologica della biopsia.

**Risultati:** Tra i 562 pazienti, 242 (43%) presentavano una diagnosi di cancro della prostata. L'età media era 67 anni ± 8,2 (range 41-95), il PSA medio 7,2 ± 8,6 ng/ml, il volume prostatico medio era di 52 ± 24,7 ml (range 10-175 ml) e il BMI medio 26.6 ± 3,9 kg/m<sup>2</sup> (range 17-46). L' esplorazione rettale è risultata positiva in 121 pts (22%). 101 (18%) pazienti sono risultati obesi (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>). Nessuna differenza statisticamente significativa si è riscontrata nell'area sotto la curva ROC (AUC) tra le diverse categorie di BMI (p = 0.52; Tabella 1).

**Table 1.** Accuratezza diagnostica del PSA per tumore della prostate nelle diverse categorie di BMI

Categorie BMI (kg/m <sup>2</sup> )	ROC Area ± Standard Error	95% Intervallo di Confidenza
<25	0.61 ± 0.04	0.53 – 0.70
25-29.9	0.55 ± 0.04	0.48 – 0.63
≥ 30	0.61 ± 0.06	0.49 – 0.73

**Conclusioni:** Nella nostra esperienza, anche nella popolazione italiana come in quella americana, le capacità diagnostiche del PSA non sembrano essere influenzate dal body mass index. La capacità di diagnosticare la presenza di un tumore della prostata non sembra modificarsi nella popolazione obesa.

Abstract n. 6 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### UROTELIOMI VESCICALI A BASSO RISCHIO: QUANTO AFFIDABILI SONO LE EORTC RISK TABLES?

Serretta V.<sup>1</sup>, Ruggirello A.<sup>1</sup>, Passalacqua D.<sup>1</sup>, Giamo R.<sup>1</sup>, Daricello D.<sup>2</sup>, Aragona F.<sup>2</sup>, Allegro R.<sup>3</sup>, Melloni D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sezione di Urologia. Dipartimento di Medicina Interna, Malattie Cardio-vascolari e Nefro-Urologiche, Università degli Studi di Palermo; <sup>2</sup>Dipartimento di Patologia Umana; <sup>3</sup>Dip. Scienze Statistiche e Matematiche, Università di Palermo

**Introduzione:** Gli uroteliomi di categoria Ta G1-G2, primitivi se singoli o in numero inferiore a 7 e di diametro inferiore ai 3 cm vengono classificati dalle linee guida europee tumori a basso rischio di recidiva con un rischio di progressione pari a circa lo 0.8% a 5 anni. Scopo del presente lavoro è valutare l'applicabilità delle EORTC Risk Tables (RT) nella pratica clinica a pazienti non selezionati per la partecipazione a protocolli multicentrici. **Materiali e Metodi:** Sono inclusi nello studio 129 pazienti affetti da uroteliomi vescicali primitivi di categoria Ta G1-G2 con un follow-up mediano pari a 48 mesi (range 3-264 mesi). Pazienti con lesioni in numero superiore a 7 o diametro superiore ai 3 cm sono stati esclusi per score superiore a 4 per la recidiva e 6 per la progressione (EORTC-RT). I pazienti, presentavano uroteliomi TaG1 in 69 (53.5%) e TaG2 in 60 (46.5%) casi, singoli in 82 (63.6%) e multipli in 47 (36.4%). Tutti i pazienti avevano citolo-

gia negativa, 51 (39.5%) sono stati sottoposti a chemioterapia con antiblastico.

**Risultati:** Ad un intervallo medio dalla TUR pari a 24.8 mesi (range 2-156; mediana 16.5 mesi) hanno recidivato 70 pazienti (41.8%). I tumori TaG1 hanno recidivato in 30 casi (43.5%), i TaG2 in 40 (66.7%) (p = 0.003), i tumori singoli in 41 (50%) ed i multipli in 29 (61.7%) (p = 0.096). Hanno presentato recidiva 21 pazienti sottoposti a terapia adiuvante (41.2%) e 49 pazienti non trattati (62.8%) (p = 0.007). Progressione al grado G3 si è manifestata in 4 pazienti (3%), mentre 13 pazienti (10%) hanno presentato progressione alla categoria T1. Progressione di categoria > T1 si è manifestata in 3 pazienti (2%), ad un tempo mediano pari a 70 mesi (range: 7-175), rispettivamente affetti da TaG1 multiplo (2 pazienti) e TaG2 (un paziente).

**Conclusioni:** Le EORTC Risk Tables, risultano ben applicabili nella pratica clinica a pazienti non selezionati a basso rischio. Nell'ambito di questa categoria di rischio si evidenzia una rilevante tendenza alla progressione alla categoria T1 o al grado G3 in pazienti affetti da tumori multipli, malgrado in numero inferiore a 7.

Abstract n. 7 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escrettrice - ore 14.00 Sala Sforza)

#### EFFICACIA DEL MANTENIMENTO MENSILE PER UN ANNO IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHEMIOTERAPIA ENDOVESICALE PER 6 SETTIMANE CON INIZIO ENTRO 24 ORE DALLA TUR DI UROTELIOMI VESCICALI A RISCHIO INTERMEDIO

Serretta V.<sup>1</sup>, Morgia G.<sup>2</sup>, Altieri V.<sup>3</sup>, Di Lallo A.<sup>4</sup>, Carrieri G.<sup>5</sup>, Salzano L.<sup>6</sup>, Battaglia M.<sup>7</sup>, Falsaperla M.<sup>8</sup>, Masala A.<sup>9</sup>, Iadevaia M.<sup>10</sup>, Ruggiero G.<sup>11</sup>, Annese P.<sup>12</sup>, Contino G.<sup>13</sup>, Melloni D.<sup>1</sup>, Allegro R.<sup>14</sup>

<sup>1</sup>Ist Urol. Università di Palermo; <sup>2</sup>Ist Urol. Università di Messina, <sup>3</sup>Ist Urol. Università di Napoli; <sup>4</sup>Osp Civ. Div. Urol.-Campobasso; <sup>5</sup>Ist Urol. Università di Foggia, <sup>6</sup>Osp Civ. Rummo -Div Urol-Benevento; <sup>7</sup>Ist Urol. Università di Bari; <sup>8</sup>Ist Urol. Università di Catania; <sup>9</sup>Osp. Civ. Cardarelli-Div Urol-Napoli; <sup>10</sup>Osp Civ. Div. Urol-Maddaloni (CE); <sup>11</sup>Osp Civ. Gepos Div. Urol-Telese Terme (CE); <sup>12</sup>Osp. Civ. -Div Urol-Matera; <sup>13</sup>Osp Civ. Cervello Div Urol-Palermo; <sup>14</sup>Dip. Scienze Statistiche e Matematiche, Università di Palermo

**Introduzione:** È oggetto di dibattito se l'efficacia della chemioterapia endovesicale nella profilassi della recidiva possa essere aumentata dal mantenimento protratto per un periodo di un anno rispetto ad un solo ciclo breve di 6 settimane con inizio precoce. Il quesito risulta rilevante soprattutto per i pazienti a rischio intermedio, altrimenti candidati alla immunoterapia con BCG, gravata da una maggiore tossicità. Altrettanto importante potrebbe essere identificare nell'ambito dei pazienti a rischio intermedio coloro che più traggono beneficio dal mantenimento. Vengono qui di seguito presentata l'analisi dettagliata dei risultati di uno studio multicentrico randomizzato.

**Materiali e Metodi:** Dal maggio 2002 all'agosto 2003 sono stati inseriti 577 pazienti affetti da BC-NMI a rischio intermedio di recidiva. Tutti i pazienti sono stati trattati con epirubicina endovesicale (80mg/50 ml) entro 6 ore dalla TUR e quindi randomizzati tra 5 instillazioni a ritmo settimanale senza (Braccio A) o con (Braccio B) mantenimento a ritmo mensile per complessivi 12 mesi. Sono stati esclusi 95 pazienti affetti da uroteliomi T1G3, Tis o Ta G1-G2 singoli e primitivi. I pazienti sono stati sottoposti a citologia, cistoscopia e biopsia di ogni lesione sospetta ogni 3 mesi per i primi due anni e poi ogni 6 mesi.

**Risultati:** Ad un follow-up mediano pari a 48 mesi, mancano al follow-up 87 pazienti (15.1%). In 39 (8%) si è resa necessaria l'interruzione precoce del trattamento per tossicità. Si è manifestata

recidiva in 117 pazienti (29.6%) e progressione in 10 (2.5%). È emerso un vantaggio nel tasso di recidiva in favore del braccio B con una riduzione del rischio a 18 mesi pari al 30% ( $p = 0.03$ ). Un beneficio in termini di sopravvivenza libera da recidiva risulta evidente sino a 4 anni dalla TUR ( $p = 0.06$ ). Preliminarmente, sembra rilevarsi un maggior beneficio del mantenimento nei tumori primitivi ( $p = 0.03$ ), multipli e ben differenziati.

**Conclusioni:** Nei tumori vescicali a rischio intermedio di recidiva, il regime di mantenimento dopo chemioterapia precoce comporta un beneficio in termini di tasso di recidiva (per un periodo non superiore ai 18 mesi) e di tempo libero da recidiva. Sembrano maggiormente beneficiarne i tumori primitivi e multipli.

Abstract n. 8 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**QUANDO SOSPENDERE IL TRATTAMENTO CONSERVATIVO IN PAZIENTI AFFETTI DA UROTELIOMA VESCICALE T1G3?**

**Serretta V.<sup>1</sup>, Ruggirello A.<sup>1</sup>, Passalacqua D.<sup>1</sup>, Aragona F.<sup>2</sup>, Allegra R.<sup>1</sup>, Melloni D.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Sezione di Urologia, Dipartimento di Medicina Interna, Malattie Cardio-vascolari e Nefro-Urologiche, Università degli Studi di Palermo; <sup>2</sup>Dipartimento di Patologia Umana

**Introduzione:** Il principale limite nel definire il corretto approccio al carcinoma vescicale transizionale (TCCB) non muscolo invasivo (NMI) di categoria T1G3 è la limitata conoscenza del fato a lungo termine quanto trattato conservativamente. Rimane anche l'interrogativo sul momento più opportuno per desistere dal tentativo di preservazione vescicale. **Scopo del lavoro:** Condurre un'analisi statistica dei fattori prognostici rilevanti sulla sopravvivenza di 236 pazienti affetti da TCCB NMI T1G3 e selezionati per un iniziale approccio conservativo con TUR e terapia endovescicale adiuvante. Identificare i fattori predittivi che, in corso di trattamento conservativo, siano indicativi di cattiva prognosi e facciano desistere dalla preservazione d'organo.

**Materiali e Metodi:** Dal 1976 al 2005, 236 pazienti affetti da uroteliomi vescicali T1G3, sono stati trattati con TUR e terapia endovescicale adiuvante. Sono stati esclusi pazienti con precedente T1G3, precedente o concomitante Tis, lesioni di dimensioni superiori a 3 cm e/o in numero superiore a 3. L'associazione sequenziale di epirubicina e mitomicina, è stata adottata in 106 pazienti (44.9%), BCG in 85 (36%), altri antitumorali in 38 (16.1%). Sia per la chemioterapia che per il BCG è stato adottato uno schema di mantenimento per un anno. Sette pazienti (3%) non hanno ricevuto alcuna terapia adiuvante. Tutti i pazienti hanno eseguito ogni 3 mesi citologia, cistoscopia e biopsia di qualsiasi lesione sospetta. I pazienti sono stati sottoposti a TUR e, in caso di recidiva superficiale (Ta-T1), ulteriore terapia endovescicale. Sono stati invece considerati fuori studio in caso di recidiva T1G3, Tis o progressione ( $> T1$ ).

**Risultati:** 116 pazienti (49.2%) hanno presentato recidiva, di categoria T1G3 in 33 (28.4%). In altri 11 pazienti (9.5%) si è manifestato un Tis asincrono. Venticinque pazienti (10.6%) hanno progredito e 15 (6.4%) sono stati sottoposti a cistectomia. La sopravvivenza media libera da progressione è risultata 131 mesi, pari all' 87.8% a 5 anni. La sopravvivenza globale mediana è risultata pari a 167 mesi e 195 pazienti (82.6%) mantengono la loro vescica, liberi da recidiva, con una sopravvivenza media pari a 119 mesi. Il BCG migliora la sopravvivenza dei pazienti affetti da tumori T1G3 rispetto alla chemioterapia ( $p = 0.0001$ ). I tumori T1 G3, però, malgrado selezionati, se multipli ( $p = 0.01$ ) e/o recidivi ( $p = 0.002$ ) sono caratterizzati da una più elevata mortalità. La recidiva ( $p < 0.0001$ ) dopo approccio conservativo inficia severamente la sopravvivenza.

**Conclusioni:** La pregressa recidività e la molteplicità sono fattori che inficiano la sopravvivenza anche in pazienti selezionati. La

recidiva NMI dopo iniziale approccio conservativo è un fattore prognostico fortemente negativo per la sopravvivenza ed è opportuno che i pazienti vengano sottoposti tempestivamente a cistectomia.

Abstract n. 9 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.00 Sala Sforza)

**VALUTAZIONE DELLO SPESSORE DELLA PSEUDOCAPSULA PERITUMORALE IN RCC SOTTOPOSTI A CHIRURGIA CONSERVATIVA: STUDIO PROSPETTICO MONOCENTRICO**  
**Tuccio A.<sup>1</sup>, Minervini A.<sup>1</sup>, Mancini M.<sup>2</sup>, Di Cristofano C.<sup>2</sup>, Lanzi F.<sup>1</sup>, Marranci N.<sup>1</sup>, Siena G.<sup>1</sup>, Serni S.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza, Roma, Polo Pontino, I.C.O.T, Latina

**Obiettivi:** Valutare lo spessore della pseudocapsula peritumorale nel carcinoma a cellule renali (RCC) e correlare tale dato con i principali parametri istopatologici della neoplasia e con il rischio di infiltrazione della pseudocapsula (PS+).

**Metodi:** Nel periodo compreso tra Settembre 2006 e Dicembre 2007, 104 pazienti consecutivi sono stati sottoposti a chirurgia conservativa mediante enucleazione. Tutti i campioni istologici sono stati analizzati da un unico anatomopatologo. Sono stati valutati i seguenti parametri: dimensione tumorale patologica, TNM, istotipo WHO 2004, grado nucleare, presenza e stato della pseudocapsula peritumorale (PS). Sono state eseguite delle sezioni sul piano sagittale della neoplasia di spessore di 5 mm. I preparati istologici sono stati allestiti effettuando sezioni di tessuto incluso in paraffina di 5-7 µm di spessore e colorate in ematossilina-eosina. In 77 RCC, lo spessore della pseudocapsula è stato misurato in quattro diversi punti del preparato istologico e per ogni campione è stato definito un valore medio. Il test t di Student per variabili non parametriche è stato utilizzato per analizzare la possibile correlazione tra lo spessore della pseudocapsula e i principali parametri clinici ed istopatologici studiati. L'analisi di regressione lineare è stata utilizzata per valutare la distribuzione del parametro spessore della pseudocapsula in relazione alla dimensione tumorale patologica.

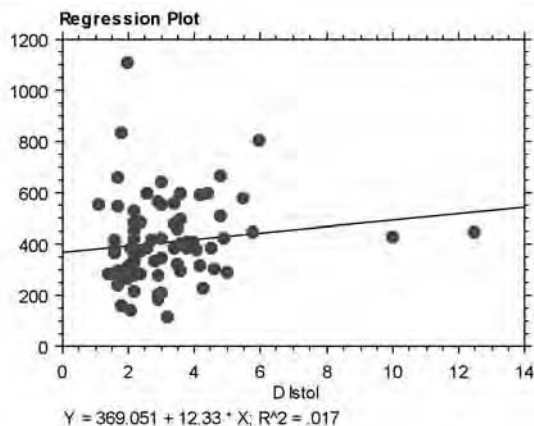
**Risultati:** La dimensione tumorale patologica media (range) era di 3.1 (1.1-12.5). Il 76.6% dei tumori erano RCCa cellule chiare; 15.6%, papillari; 4%, cromofobi; 3.8% altri. In totale, il 17% erano G1, il 67% G2 e il 16% G3. Lo stadio patologico era pT1a in 58 casi (75.3%) e pT1b in 13 (16.9%), pT2 in 2 (2.6%), pT3a in 3 (3.9%) e pT3b in 1 (1.3%). L'analisi istopatologica della pseudocapsula peritumorale ha mostrato una PS integra, non fenestrata e indenne da infiltrazione neoplastica (PS-) in 50 RCC (64.9%) mentre in 27 (35.1%) erano presenti segni di infiltrazione o superamento da parte del tumore (PS+). Lo spessore medio della pseudocapsula (range, SD, mediana) era 408.16 µm (110.25-1106, 165.61, 383.75). In 16 casi (21%) era presente un infiltrato pericapsulare. All'analisi univariata, lo spessore della pseudocapsula non era correlato significativamente con la dimensione tumorale, l'istotipo, il grado, lo stadio, la necrosi istologica coagulativa, PS+ e con la presenza di infiltrato linfocitario pericapsulare. All'analisi di regressione lineare è stato osservato un trend positivo nell'incremento dello spessore della pseudocapsula al crescere della dimensione tumorale patologica, senza però una significatività statistica ( $p = 0.259$ ; Figura).

**Conclusioni:** I nostri dati non evidenziano una correlazione significativa tra lo spessore della pseudocapsula e le principali variabili istopatologiche della neoplasia. Inoltre, lo spessore della pseudocapsula si distribuisce in modo omogeneo tra i carcinomi con PS+ e i carcinomi con PS-, dimostrando che lo spessore non rappresenta un fattore di rischio di invasione della pseudocapsula peritumorale.



La dimensione tumorale, il grado nucleare e la presenza di un infiltrato linfocitario pericapsulare non influiscono sullo sviluppo della pseudocapsula che si dimostra un parametro con una scarsa variabilità nel campione di RCC analizzato.

**Figura.** Analisi di regressione lineare tesa a correlare lo spessore della pseudocapsula con il variare delle dimensioni patologiche della neoplasia.



Abstract n. 10 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**ANALISI DEI FATTORI DI RISCHIO DI INVASIONE DELLA PSEUDOCAPSULA PERITUMORALE IN RCC SOTTOPOSTI A CHIRURGIA CONSERVATIVA: STUDIO PROSPETTICO MONOCENTRICO**

Tuccio A.<sup>1</sup>, Minervini A.<sup>1</sup>, Lanzi F.<sup>1</sup>, Di Cristofano C.<sup>2</sup>, Giancane S.<sup>1</sup>, Tosi N.<sup>1</sup>, Marchi M.<sup>3</sup>, Serni S.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza, Romo, Polo Pontino, I.C.O.T, Latina; <sup>3</sup>Dipartimento di Statistica, Università di Firenze.

**Obiettivi:** Valutare il rischio di invasione della pseudocapsula peritumorale in relazione ai parametri clinici, istopatologici e immunostochimici maggiormente studiati nel carcinoma a cellule renali (RCC).

**Metodi:** Nel periodo compreso tra Settembre 2006 e Dicembre 2007, 104 pazienti consecutivi sono stati trattati conservativamente mediante enucleazione tumorale. Tutti i campioni istologici sono stati analizzati in un unico centro e da un unico anatomo-patologo. Le caratteristiche cliniche ed istopatologiche valutate hanno compreso: dimensioni tumorali cliniche e patologiche, TNM, istotipo WHO 2004, grado nucleare di Fuhrman, necrosi istologica coagulativa, differenziazione sarcomatoide, ploidia (DNA Index), Ki67/Mib-1 score, presenza e stato della pseudocapsula peritumorale (PS) e stato dei margini chirurgici. Il test t di Student (Mann-Withney) per variabili non parametriche e il test chi-quadro sono stati utilizzati per analizzare la possibile correlazione tra il rischio di infiltrazione/superamento della pseudocapsula (PS+) e i principali parametri clinici, istopatologici ed immunostochimici studiati. L'analisi di regressione logistica è stata utilizzata per valutare il contributo indipendente delle variabili cliniche e patologiche significative continue o categoriche sulla variazione della variabile dipendente dicotomica (PS- vs PS+).

**Risultati:** All'analisi di regressione logistica, la PS+ era associata alle dimensioni cliniche della neoplasia con un odds ratio di 1.412, indicando che ad ogni centimetro di aumento delle di-

mensioni tumorali, la probabilità di PS+ aumentava del 41%. All'analisi univariata la PS+ era correlata significativamente con la dimensione tumorale patologica, il grado nucleare e la necrosi coagulativa, mentre non è stata osservata nessuna associazione significativa con lo stadio patologico (pT1a vs pT1b), istotipo, ploidia e Ki-67/MIB-1 score. L'analisi di regressione logistica per le variabili patologiche significative ha mostrato che il rischio di PS+ aumentava significativamente con l'incremento della dimensione patologica del tumore e con il grado nucleare, mentre il contributo della necrosi istologica coagulativa sul rischio di invasione perdeva la sua significatività statistica (Tabella 1 e 2).

**Conclusioni:** Ad ogni centimetro di aumento delle dimensioni cliniche della neoplasia aumenta del 41% la probabilità di PS+. La dimensione patologica tumorale (odds ratio 1.371) ed il grado nucleare (Risk Ratio G1 vs G3 8.46) rappresentano le due variabili patologiche significativamente associate a PS+ e risultano indipendenti tra loro.

**Tabella 1.** Analisi di regressione logistica per le variabili patologiche significative.

	P Value	Odds Ratio	95% CI	Risk Ratio
D max patologica	0.0520	1.371	0.997-1.885	-
Necrosi istologica	0.8819	1.09	0.362-3.266	1.08
G1 vs G2	0.0863	4.37	0.810-23.524	3.86
G1 vs G3	0.0155	12.14	1.607-91.716	8.46

**Table 2.** Probabilità (P) and Risk Ratio (RR) di PS+ ad ogni centimetro di incremento di D max clinica e patologica. P = Probabilità di PS+ se D = i; RR=Pi / Pi-1.

D (cm)	D max clinica (CT)		D max patologica		D max Patologica se G=1 e necrosis assente	
	P (%)	RR	P (%)	RR	P (%)	RR
1	21.1	-	19.0	-	5.3	-
2	27.4	1.3	24.8	1.31	7.1	1.34
3	34.8	1.27	31.6	1.28	9.5	1.33
4	42.9	1.23	39.2	1.24	12.6	1.32
5	51.5	1.2	47.8	1.21	16.5	1.31
6	60.0	1.16	56.3	1.18	21.3	1.29
7	67.9	1.13	64.4	1.14	27.1	1.27

Abstract n. 11 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**POSSIBILI CRITERI DI PREDITTIVITÀ DELL'UPGRADING DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE**

Del Nero A.<sup>1</sup>, Gazzano G.<sup>2</sup>, Hussein M.I.Y.<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>, Mangiarotti B.<sup>1</sup>, Longo F.<sup>1</sup>, Bernardini P.<sup>1</sup>, Cordima G.<sup>1</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Kartalas-Goumas I.<sup>1</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica III, Università degli Studi di Milano, Ospedale San Paolo; <sup>2</sup>Servizio di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Milano, Ospedale San Paolo

**Introduzione:** L'upgrading della lesione neoplastica prostatica all'analisi istologica definitiva dopo prostatectomia radicale è un fenomeno ben noto, con frequenza riportata in letteratura pari a circa il 30-40% dei casi. Il sempre maggior ricorso a protocolli terapeutici di vigile attesa in caso di lesioni neoplastiche di minima entità ed aggressività alla biopsia prostatica rende fondamentale poter individuare eventuali criteri di previsione di probabilità di upgrading finale (1, 2). Abbiamo pertanto valutato all'interno della nostra casistica di prostatectomie radicali l'esistenza di possibili fattori in grado di definire quei soggetti a maggior rischio di upgrading.

**Materiali e Metodi:** Sono stati valutati 220 pazienti sottoposti a

biopsia prostatica e quindi prostatectomia radicale presso un singolo Centro nel periodo Aprile 2004-Dicembre 2008. In tutti i pazienti sono stati analizzati i seguenti parametri: PSA totale, PSA doubling time, PSA velocity, PSA density, prese biotiche effettuate, numero biopsie positive, lunghezza dei campioni biotici, lunghezza campioni biotici positivi per carcinoma, rapporto percentuale tra lunghezza campioni positivi e lunghezza totale della biopsia, volume della ghiandola prostatica, intervallo di tempo intercorso tra biopsia ed intervento chirurgico. Per l'analisi statistica è stata utilizzata la regressione logistica.

**Risultati:** Il PSA medio è risultato pari a 8,99 ng/ml (SD 6,43), il volume prostatico 51,24 cc (SD 28,44), la psadensity 0,21 (SD 0,17), il numero medio di biopsie effettuate 11,82 (SD 4,12), il numero medio di biopsie positive 3,49 (SD 2,81), la lunghezza media in mm del campione biotico 166,48 (SD 56,33), la lunghezza biotica media del campione neoplastico 15,79 mm (SD 20,39). La percentuale di upgrading finale è risultata pari al 36,8% (81/220).

All'analisi statistica effettuata con T test, solamente la lunghezza della neoplasia all'interno del campione biotico (14,56 mm vs 17,83 mm,  $p = 0,01$ ) ha presentato una differenza statisticamente significativa nei due gruppi, dato confermato anche dalla regressione logistica ( $p = 0,014$ , Exp (B) 1,032, CI 1,006-1,059).

**Conclusioni:** La probabilità di upgrading finale si è dimostrata nella nostra esperienza, difficilmente prevedibile. Solamente la lunghezza totale dei campioni neoplastici alla biopsia prostatica ha evidenziato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi: l'applicabilità clinica di tale differenza rimane comunque modesta.

#### Bibliografia

1. Dong F, Jones JS, Stephenson AJ, et al. Prostate cancer volume at biopsy predicts clinically significant upgrading. *J Urol* 2008; 179,3,896-900.
2. Chun FKH, Briganti A, Shariat SF, et al. Significant upgrading affects a third of men diagnosed with prostate cancer: predictive nomogram and internal validation. *BJU International*, 2006; 98,2:329-334.

Abstract n. 12 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Prostata 1 - ore 14.00 Sala Visconti)

### BRACHITERAPIA HDR PER RECIDIVA LOCALE DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO DOPO RADIOTERAPIA ESTERNA

Bossi A.<sup>1</sup>, Verstraet R.<sup>2</sup>, Aghili M.<sup>1,3</sup>

Dipartimento di Radioterapia Oncologica, Institut Gustave Roussy, Villejuif, Francia; <sup>2</sup>Servizio di Fisica Medica, Institut Gustave Roussy, Villejuif, Francia; <sup>3</sup>Dipartimento di Radioterapia, National Cancer Institute, Tehran, Iran

**Introduzione e Obiettivi:** Le opzioni terapeutiche disponibili per il trattamento della recidiva locale dopo irradiazione esterna (RTE) dell'adenocarcinoma prostatico sono la prostatectomia di salvataggio, la crioterapia, l' High Intensity Focused Ultrasound (HIFU), la brachiterapia e l'ormonoterapia. La brachiterapia ad alto dose rate (brachi-HDR) rappresenta un'alternativa particolarmente promettente con buoni risultati in termini di efficacia e tossicità ma casistiche poco numerose. Presentiamo i dati della nostra serie di pazienti trattati con brachi-HDR di salvataggio per recidiva locale post-RTE.

**Metodi:** Dal giugno 2006 al settembre 2008, 9 pazienti (pz) in recidiva locale post-RTE sono stati arruolati in un protocollo di fase II che prevede l'utilizzo della brachi-HDR di salvataggio. I criteri d'inclusione dello studio sono: recidiva biochimica (criteri ASTRO-Phoenix) ad almeno 1 anno dalla fine della RTE, tempo di raddoppiamento del PSA (PSADT) > 9 mesi, biopsia prostatica positiva, assenza di metastasi a distanza. Il trattamento è consistito in due sedute di brachi-HDR di 10 Gy ciascuna a 10 giorni di distanza (Biological Equivalent Dose =60 Gy,  $\alpha/\beta=2$ ). Il

Clinical Target Volume (CTV) comprendeva la prostata e la base delle vescicole seminali: al 90% di tale volume è stata erogata una dose totale di 20 Gy. Il volume di retto irradiato a dosi  $\geq$  di 15 Gy (75%), è stato < a 1 cc., e il volume dell'uretra irradiato a dosi  $\geq$  di 25 Gy (125%) è stato < a 1 cc. Le tossicità urinarie e uretrale sono state valutate con la scala Common Terminology Criteria for Adverse Events, (CTCAE.v3).

**Risultati:** L'età media dei 9 pz è di 68 anni (range 62-71): tutti alla diagnosi portatori di malattia intraprostata e con PSA medio di 7,8 ng/ml (range 6,5-12,4) e Gleason Pattern Score di 6 (4 pz) e 7 (5 pz). Il CTV prostatico era stato irradiato tramite RTE 3D conformazionale a una dose totale media di 72 Gy (range 70-76). La recidiva biochimica (criteri ASTRO-Phoenix) è stata registrata a un tempo medio di 41,5 mesi (range 22-45) dalla fine della RTE: il PSA medio alla recidiva era di 5,4 ng/ml (range 2,1-8,3) e il PSADT di 18 mesi (range 9-49). A un follow-up di 14 mesi (range 4-31), 7 pz hanno sviluppato una tossicità Genito-Urinaria di grado 1-2 e 2 pz di grado 3 (singolo episodio di ematuria rispettivamente al 27imo e al 65imo giorno post-impianto); 4 pz una recite di grado 1-2 risoltasi spontaneamente. Dei 4/9 pz ancora attivi sessualmente prima della brachi-HDR, 2 hanno conservato una erezione soddisfacente al 6° mese post-impianto.

A fine febbraio 2009, tutti i 9 pz sono vivi: 6/9 hanno un nadir del PSA post-brachiHDR < 1 ng/ml, due a 1,2 e 1,5 ng/ml rispettivamente. Nell'immediato post-impianto un rapido incremento del PSA, con PSADT < 6 mesi, ha condotto alla diagnosi di metastasi ossee in un pz.

**Conclusioni:** I risultati di tossicità della brachi-HDR in questa pur limitata serie di pz ci inducono a proporla sistematicamente nel caso di recidiva biopsiata di carcinoma prostatico dopo RTE.

#### Bibliografia

- Touma N. et al. Current status of local salvage therapies following radiation failure for prostate cancer, *J Urol* 173: 373, 2005.
- Lee B, et al., Feasibility of High-Dose-Rate brachytherapy salvage for local prostate cancer recurrence after radiotherapy: the University of California San Francisco experience, *IJROBP*, 2007; 67:1106.

Tharp M, et al. Prostate high dose rate brachytherapy as salvage treatment of prostate failure after previous external or permanent seed irradiation for prostate cancer, *Brachytherapy* 2008; 7:231.

Abstract n. 13 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

### ENUCLEAZIONE SEMPLICE DI VOLUMINOSA NEOPLASIA RENALE IN MONORENE PELVICO

Ilerali A.<sup>1</sup>, Gacci M.<sup>1</sup>, Moreno Mendoza D.<sup>1</sup>, Vittori G.<sup>1</sup>, Mantella A.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Serni S.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica I, AOUC, Università degli Studi di Firenze

**Scopo del lavoro:** Una neoplasia renale in monorene rappresenta un'indicazione assoluta per la chirurgia renale conservativa. Presentiamo un caso clinico di enucleazione semplice di una voluminosa neoformazione renale in monorene pelvico.

**Materiali e Metodi:** Un'ecografia eseguita da un uomo di 61 anni per rialzo della VES (78 mm/h) ha evidenziato un rene unico pelvico malruotato con un nodulo solido di circa 7 cm mesorenale.

La successiva TC spirale con m.d.c. ha confermato la presenza di una lesione a contenuto disomogeneo di 7x5x4 cm, con aree centrali di necrosi, a partenza dal labbro mediale. Tale lesione impronta, senza infiltrare, la via escretrice, in rene unico, pelvico, ipertrofico, malruotato, con pelvi anteriorizzata (Fig. 1). L'esame ha evidenziato, inoltre, un'arteria renale superiore a partenza dal carrefour aortico, un ramo accessorio a partenza dall'arteria iliaca esterna sinistra e una vena renale ectasica con lume pervio e decorso anteriore al rene (Fig. 2). All'esame non

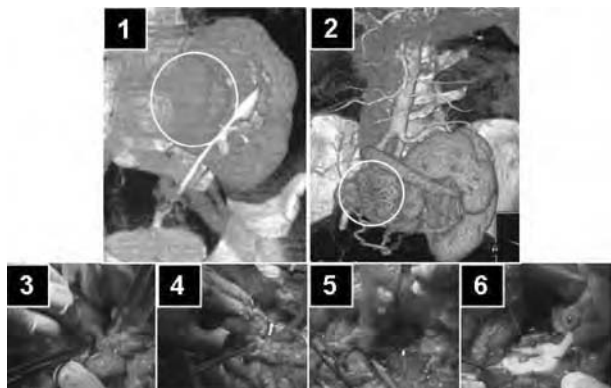
sono state evidenziate linfadenomegalie sospette. Gli esami ematochimici pre operatori hanno rilevato Hb 12,2 gr/dl e Creatinina 0,9 mg/dl.

**Risultati:** Il paziente è stato sottoposto ad enucleazione semplice per via laparotomica, in posizione supina, con accesso mediano sovra ombelico pubico. L'intervento è durato 170 minuti con un tempo di ischemia calda di 14 minuti. L'escissione della lesione è avvenuta per via smussa (Fig. 3), con clampaggio e legatura dei peduncoli vascolari (Fig. 4). L'emostasi del letto di sezione è stata ottenuta con 2 suture in continuo in monocril 3/0 (Fig. 5) e successiva applicazione di Floseal® (Fig. 6). Il decorso postoperatorio è stato regolare; il paziente è stato dimesso in ottava giornata con valori di Hb di 9,9 gr/dl e di creatinina di 1,1 mg/dl. L'esame anatomico patologico ha evidenziato carcinoma renale a cellule chiare, Fuhrman G2, con limitata invasione degli stromi fibroadiposi. 18 mesi dopo l'intervento il paziente è in buone condizioni di salute, con esami ematochimici nella norma ed imaging negativa per ripresa di malattia.

**Discussione:** Nella nostra casistica il trattamento conservativo con indicazione di necessità garantisce risultati oncologici e funzionali soddisfacenti anche nel follow up a lungo termine. Neoformazioni molto voluminose, come quella del caso riportato, possono essere trattate con enucleazione semplice senza complicanze intra e perioperatorie di rilievo. I moderni presidi emostatici permettono di ottenere un ottimo controllo del sanguinamento, anche su voluminose superfici di escissione.

Messaggio conclusivo: Anche in un caso complesso di voluminosa neoformazione renale in monorene pelvico, l'enucleazione semplice può rappresentare una valida opzione terapeutica.

**Figg. 1-6.**



Abstract n. 14 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**FIBROSI RETROPERITONEALE IDIOPATICA: CASE REPORT**  
Ubbiali A.<sup>1</sup>, Dell'acqua S.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oncogeriatría Pio Albergo Trivulzio, Milano; <sup>2</sup>Serv. Urologia, Pio Albergo Trivulzio, Milano

**Introduzione:** La fibrosi retroperitoneale (FR), descritta nel lontano 1905, è una patologia a tutt'oggi dibattuta e controversa (1). La classica distinzione tassonomica tra forma idiopatica e forme secondarie pare attualmente superata da una nuova teoria "olistica" tendente a considerare la FR idiopatica quale manifestazione autoimmune (periaortite autoallergica) (2). Il meccanismo eziopatogenetico comune potrebbe spiegarsi con una iperreattività genotipica del sistema immunitario a modificazioni apteniche dell'endotelio innescanti una cascata di eventi esitanti in apposizione di tessuto fibrotico in sede retroperitoneale con compressione

delle strutture anatomiche e sindromi cliniche correlate. Una fase iniziale cellulare-vascolare reversibile precede di solito una fase tardiva di fibrosi consolidata irreversibile (3). La diagnosi della FR è solitamente chirurgica (bioptica) ma si stanno affinando tecniche diagnostiche incruente, quali ultrasuoni, urografia, TC, RMN, scintigrafia, PET e fusion-imaging (PET integrata con RMN) (4). La prognosi della FR idiopatica resta comunque severa se diagnosticata tardivamente, in genere per comparsa di uropatia ostruttiva (5). Il trattamento di scelta è eminentemente chirurgico, ma la terapia medica (steroidi e/o tamoxifene e/o immunosoppressori) (6-8) può avere un ruolo adiuvante, palliativo o alternativo alla chirurgia nei casi non operabili.

**Descrizione del caso:** Un uomo di 80 anni fu ricoverato per astenia e calo ponderale, con anamnesi per epatopatia cronica HCV correlata, ulcera gastrica HP+ e pregressa infezione luetica non attiva. Una ecografia dell'apparato urinario (idroureteronefrosi sinistra) aveva orientato l'iter diagnostico (TAC total body e RMN addominale) verso una diagnosi presuntiva di FR (massa ipodensa nei tessuti molli periaortici e inter-aorto-cavali: 6 x 3,5 x 10 cm). La scintigrafia renale dimostrò una ipoperfusione renale sinistra, condizionante modesta IRC (creatinina 1,80 mg/dl). Collateralmente diagnosticò una empty sella sindrome con panipopituitarismo. La scelta del trattamento consistette in una terapia medica di associazione (prednisone orale da 50 mg/die iniziali ridotto a 5mg in 5 mesi, sostituito da cortone acetato 12,5 mg x 2/die dal 12° mese, e tamoxifene orale 20 mg/die). Il risultato ottenuto fu la parziale ma stabile regressione dell'ostruzione urinaria ai controlli di imaging e bioumorali, ma al 20° mese si verificò un evento inatteso (necrosi asettica bilaterale delle teste femorali) che portò rapidamente il pz al decesso (al 20° mese), avvenuto per complicanze cardiocircolatorie.

**Discussione e conclusioni:** Il caso proposto sembra rientrare tra le forme di FR idiopatiche, in assenza di evidenti fattori secondari (farmaci, etc.), come suggerito peraltro dalla positività ad anticorpi anticardiolipina, dall'associazione con una condizione di fibrosi extraperitoneale (empty sella) e di uno stato di HCV Ab+. I dati scintigrafici parrebbero configurare una forma evolutiva tardiva di fibrosi irreversibile. La scelta dei farmaci fu guidata dai criteri di fragilità dell'anziano (9), dalla casistica in materia sui trattamenti incruenti (10), e dalle evidenze per cui periodi di corticoterapia inferiori a 6 mesi sono gravati da elevati tassi di recidive, a fronte di una dimostrata efficacia di trattamenti prolungati per almeno 20 mesi (7). Lo switch terapeutico (cortone acetato al posto di prednisone) fu imposta dalla necessità di non interrompere la terapia sostitutiva per l'ipopituitarismo, e di ridurre drasticamente la corticoterapia ad alte dosi. Quest'ultima potrebbe essere la causa dell'osteonecrosi femorale (11), evento peraltro raro ed imprevedibile. In conclusione, il caso proposto rappresenta un esempio di approccio incruento nella diagnosi e nel trattamento di questa malattia, in condizioni in cui la chirurgia può risultare controindicata o ad elevato rischio. La comparsa di un grave evento imprevisto (osteonecrosi), può rientrare tra gli effetti collaterali, rari e imprevedibili, della corticoterapia ad alte dosi, nell'ambito di uno schema di trattamento peraltro consolidato e sicuro. Questa esperienza suggerisce particolare cautela nell'uso di steroidi, specie nei soggetti anziani, sia in fase di terapia (adozione di dosaggi "soft") che di prevenzione (valutazione preliminare con Rx mirati e MOC, uso di calcio, vitamina D, bifosfonati o analoghi). Al di là delle opzioni terapeutiche, si ribadisce l'importanza di riconoscere e trattare questa patologia con decisione e tempismo, anche in ambito geriatrico, superando insidiosi schematismi (accanimento o astensionismo terapeutico).

**Bibliografia**

1. Alberti C, Mediago M, Chiapello G, Bernardi D, Arena G. Fibrosi retroperitoneale, oggi: rassegna sintetica delle attuali conoscenze sull'argomento. *Urologia* 2006; 73: 205-16.

2. Alberti C: *Retroperitoneal fibroses: aetiopathogenesis and taxonomic assessment. Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2007; 11:375-82.
3. Parums DV, Choudhury RP, Shields SA, Davies AH. *Characterisation of inflammatory cells associated with "Idiopathic retroperitoneal fibrosis". Br J Urol* 1991; 67: 564-568.
4. Meller J, Grabbe E, Becker W, Vasshemrich R. *Value of 18F-FDG-hybrid camera PET and MRI in aortitis. Eur Radiol* 2003; 13:400-5.
5. Money S. *Idiopathic retroperitoneal fibrosis: prompt diagnosis preserves organ function. Cleve Clin J Med* 2002; 69: 160-6.
6. Penalver CC, Sanchez AT, Charneco ASD et al. *Surgery for idiopathic RPF by uretrolysis and uretric protection with a posterior preperitoneal flap. BJU Int* 2002; 89: 783-6.
7. Kardar AH, Kattan S, Lindstedt E, Hanash K. *Steroid therapy for idiopathic retroperitoneal fibrosis: dose and duration. J Urol* 2002; 168: 550-555.
8. Toniello G, Agresta F, Della Libera D, Bittesini L. *Treatment of idiopathic fibrosis by tamoxifen. Eur J Surg* 1997; 163: 231-235
9. Balducci L, Yates J: *General guideline for the management of older patients with cancer: Proc NCCN Oncology* 2000; 14: 221-7.
10. Artom A, Gandolfo N. *Fibrosi retroperitoneale idiopatica: descrizione di un caso clinico senza segni umorali di flogosi, diagnostico e trattato in modo incurioso. Ann Ital Med Int* 2004; 19:50-3.
11. Falus K, Antal L. *Aseptic necrosis of the femoral head during combined administration of steroids and cytostatics. Orv Hetil* 1984; 1;125:35-8.

Abstract n. 15 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**NEFROBLASTOMA (TUMORE DI WILMS) IN UNA GIOVANE DONNA IN GRAVIDANZA: UN CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

**Buffardi A., Negro C., Bosio A., Destefanis P., Bisconti A., De Maria C., Cugiani A., Carchedi M., Schillaci C., Liberale F., Fontana D.**

*Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale "San Giovanni Battista - Molinette", Torino*

**Introduzione:** Il nefroblastoma (tumore di Wilms), è una neoplasia dell'infanzia, che molto raramente colpisce l'adulto (1-2% di tutti i tumori) ed in tali casi si presenta con in uno stadio più avanzata (per ritardo diagnostico), con una prognosi peggiore e con una bassa risposta alla chemioterapia.

**Materiali e Metodi:** Presentiamo il caso di una giovane donna di 31 anni, che si è recata presso l'Ospedale Ginecologico (OIRM-Sant'Anna) con dolore al fianco sinistro e sovrappubico, alla 28a settimana di gravidanza gemellare. La RM eseguita confermava la precedente diagnosi ultrasonografica di massa retroperitoneale (11x17cm) a partenza dal polo superiore del rene sinistro. La paziente è stata quindi sottoposta a biopsia eco-guidata della massa con evidenza istologica di sospetto nefroblastoma. Informata della situazione e delle possibili opzioni terapeutiche è stato deciso insieme ai colleghi ginecologi, e previo parere del comitato etico dell'OIRM-Sant'Anna, di indurre il parto alla 32 settimana e di eseguire uno stretto follow-up ecotomografico. Pochi giorni dopo il parto la paziente è stata sottoposta, presso la Nostra Divisione, a nefrectomia radicale con linfoadenectomia retroperitoneale. All'esplorazione chirurgica la massa era strettamente aderente alla parete addominale posteriore ed al polo inferiore della milza da cui era indissociabile. La linfoadenectomia retroperitoneale è stata condotta lungo i linfonodi periaortici dal diaframma alla carrefour iliaco. L'istologico definitivo confermava la diagnosi di nefroblastoma, confinato al rene sinistro, stadio I; l'analisi dei linfonodi non ha evidenziato ripetizioni, pN0. La paziente è stata quindi sottoposta a chemioterapia adiuvante con vincristina ed actinomicina-D per 22 settimane.

**Risultati:** A cinque mesi dall'intervento ed alla fine della chemio-

terapia la paziente risulta in ottime condizioni di salute, come anche le due gemelline e la TC di follow-up non mostra segni di recidiva o progressione della malattia.

**Conclusioni:** Sono stati documentati circa 250 casi di tumore di Wilms in età adulta in letteratura sino ad ora, e solo in due casi si presentava in gravidanza. L'approccio dei tumori renali in gravidanza pone problemi sia diagnostici sia terapeutici. In generale è stato proposto di eseguire la nefrectomia o nel primo o nel terzo trimestre e di eseguire nefrectomia dopo la 28 settimana se il tumore è stato diagnosticato nel II trimestre, per permettere la maturazione polmonare del feto. L'approccio terapeutico del nefroblastoma deve essere multimodale ed aggressivo; il National Wilms Tumor Study 4-5 ha osservato come la chemioterapia non sia efficace come nell'infanzia, sebbene la sopravvivenza per i pazienti con stadio I, II, III, e IV con indici prognostici istologici favorevoli sarebbe del 100%, 92%, 73%, e 70%, rispettivamente. L'approccio da noi seguito è in linea con le indicazioni più recenti della letteratura, e sebbene il follow-up sia ancora breve i risultati sono incoraggianti.

Abstract n. 16 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**ANALISI ISTOPATOLOGICA DELLA PSEUDOCAPSULA PERITUMORALE E DEI MARGINI CHIRURGICI IN RCC TRATTATI MEDIANTE TECNICA DI ENUCLEAZIONE: STUDIO PROSPETTICO MONOCENTRICO**

**Minervini A.<sup>1</sup>, Tuccio A.<sup>1</sup>, Di Cristofano C.<sup>2</sup>, Lanzi F.<sup>1</sup>, Mantella A.<sup>1</sup>, Rossetti M.A.<sup>1</sup>, Vittori G.<sup>1</sup>, Serni S.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza, Roma, Polo Pontino, I.C.O.T, Latina*

**Obiettivi:** Valutare l'esistenza, l'integrità, l'eventuale infiltrazione della pseudocapsula peritumorale e lo stato dei margini chirurgici nel carcinoma a cellule renali (RCC) trattato mediante tecnica di enucleazione utilizzando il naturale piano di clivaggio tra parenchima sano e tumore.

**Metodi:** Nel periodo compreso tra Settembre 2006 e Dicembre 2007, 104 pazienti consecutivi sono stati sottoposti a chirurgia conservativa mediante enucleazione. Tutti i campioni istologici sono stati analizzati da un unico anatomopatologo. Sono stati valutati i seguenti parametri: dimensione tumorale clinica e patologica, stadio TNM, istotipo, WHO 2004, grado nucleare di Fuhrman, presenza e stato della pseudocapsula peritumorale (PS), stato dei margini chirurgici. Il margine chirurgico è stato marcato con inchiostro di china. Sono state eseguite delle sezioni sul piano sagittale della neoplasia di spessore di 5 mm. Per ogni campione la neoplasia è stata processata nella sua interezza, contrassegnando i prelievi, in base alle strutture tissutali in contatto con la neoplasia (versante parenchimale ed adiposo perirenale). I preparati istologici sono stati allestiti effettuando sezioni di tessuto incluso in paraffina di 5-7 µm di spessore e colorate in ematossilina-eosina.

**Risultati:** Dei 104 tumori, 14 (13.5%) sono stati classificati come benigni e sono stati esclusi dallo studio, 90 (86.5%) erano RCC. Le dimensioni tumorali patologiche medie (range) erano di 3.1 (0.5-12.5) cm. Il 75.6% dei tumori erano carcinomi a cellule chiare; 17.8%, papillari; 4.4%, cromofobi. In totale, il 20% erano G1, il 65.6% G2 e il 14.4% G3. Lo stadio patologico era pT1a in 68 casi (75.6%), pT1b in 15 (16.7%), pT2 in 2 (2.2%), pT3a in 4 (4.4%) e pT3b in 1 (1.1%). L'analisi istopatologica della pseudocapsula peritumorale ha mostrato una PS integra e indenne da infiltrazione neoplastica (PS-) in 60 RCC (66.7%) mentre in 30 (33.3%) erano presenti segni di infiltrazione o superamento da parte del tumore (PS+). Il risultato dettagliato dell'infiltrazione

della pseudocapsula è riportato in Tabella. I margini chirurgici sono risultati sempre negativi perché nei casi di superamento della pseudocapsula sul versante parenchimale (14.4%) è stato osservato uno strato sottile di parenchima renale con note di flogosi cronica, valore medio (SD, range) 1.05 (0.48, 0.38-1.60) mm che separava le cellule neoplastiche dal margine chirurgico. **Conclusioni:** Il nostro studio conferma che nel 27% circa dei RCC è presente una pseudocapsula con segni di infiltrazione e/o superamento sul versante del parenchima renale. La presenza di un sottile strato di cellule parenchimali con segni di flogosi cronica attorno alla PS garantisce margini chirurgici sempre negativi anche in caso di PS infiltrata e superata dalla neoplasia. I dati ottenuti confermano, da un punto di vista istopatologico, le ottime percentuali di sopravvivenza tumore specifica e libera da malattia dell'enucleazione tumorale presenti in letteratura.

**Tabella.** Analisi istopatologica della PS condotta su 90 RCC consecutivi.

PS status		PS +			
PS -	PS -	PS infiltrata sul versante parenchimale	PS infiltrata e superata sul versante parenchimale	PS infiltrata sul versante del tessuto adiposo perirenale	PS infiltrata e superata sul versante del tessuto adiposo perirenale
Numero di casi	60/90 (66.7%)	12.2% (11/90)	14.4% (13/90)	2.2% (2/90)	4.4% (4/90)
<b>Totale</b>	<b>60</b>	<b>30</b>			

Abstract n. 17 COMUNICAZIONE (sessione del 23/06/2009, Rene - ore 14.00 Sala Borromeo)

**TECNICA DI ENUCLEAZIONE TUMORALE NEL TRATTAMENTO DEI TUMORI RENALI: ANALISI SU 502 PAZIENTI**

Minervini A., Lanzi F., Tosi N., Tuccio A., Marranci N., Giancane S., Siena G., Serni S., Lapini A., Carini M.  
*Clinica Urologia I, Università di Firenze, AOUC*

**Introduzione e Obiettivi:** La chirurgia nephron sparing condotta mediante tecnica di enucleoresezione rappresenta la tecnica di scelta per il trattamento dei tumori renali con diametro massimo ≤ 4 cm. Recentemente è stata ampliata l'indicazione a tumori fino a 7 cm di diametro massimo. Obiettivo dello studio è presentare la nostra ventennale esperienza in una serie consecutiva di neoplasie renali trattate mediante tecnica di enucleazione.

**Metodi:** Da Gennaio 1986 ad Aprile 2007, 803 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia renale per neoplasia singola e sporadica. Di questi 502 (62.5%) sono stati sottoposti ad enucleazione (TE) e 301 (37.5%) a nefrectomia radicale. Dei 502 pazienti, 62 (12.3%) tumori benigni e 5 maligni rari sono stati esclusi dallo studio retrospettivo. Sono stati quindi inclusi nello studio 435 pazienti con RCC confermato all'esame istopatologico, singoli e sporadici. La probabilità di sopravvivenza è stata calcolata con il metodo di Kaplan-Meier con utilizzo del log-rank test per stimare la differenza tra le variabili analizzate.

**Risultati:** In base al TNM 2002, 353 (81%) pT1a, 50, pT1b (11.5%), 10 pT2 (2.5%) e 22 (5%), pT3a. Diametro medio delle neoplasie 3.3 cm (SD 1.52, range 0.5-12). Distribuzione in base al grado nucleare di Fuhrman: 95 (22%) G1, 273 (63%) G2 e 67 (15%) G3-4. La valutazione istopatologica in base al WHO 2004 ha rivelato 348 RCC a cellule chiare (80%), 43 papillari (10%), 32 cromofobi (7%) e 12 altre neoplasie (dotti collettori, inclassificabili etc) (3%). Due pazienti sono deceduti nell'immediato postoperatorio per complicanze vascolari. Follow up medio (mediana, range) 35 mesi (30, 4-222). Complessivamente, 26 (6%) pazienti hanno richiesto emotrasfusioni (in media 2 sacche). Un paziente ha richiesto reintervento per sanguinamento (0.2%). In 10 pazienti (2.3%) è stato posizionato JJ stent per 3 settimane per perdita prolungata dal drenaggio. Due (0.4%) pazienti hanno eseguito embolizzazione selettiva per sviluppo di fistola arte-

rovenosa. Non ci sono stati casi di necrosi tubulare acuta/IRC nel postoperatorio. La sopravvivenza tumore-specifica a 5 anni è stata del 87.1%. La sopravvivenza tumore specifica a 5 anni stratificata per stadio TNM è stata del 96.1% nei pT1a, 91.7% nei pT1b, 80% nei pT2 e 50% nei pT3a (p = 0.03). Complessivamente, in 11 pazienti si è avuta una recidiva locale/renale isolata (2.5%).

**Conclusioni:** La chirurgia conservativa renale se tecnicamente fattibile si conferma una tecnica affidabile da un punto di vista oncologico indipendentemente dalle dimensioni tumorali raggiungendo un tasso di sopravvivenza tumore specifica del 91.7% anche nel trattamento di forme tumorali tra 4 e 7 cm di diametro massimo.

La TE garantisce tassi di sopravvivenza tumore specifica e libera da recidiva locale eccellenti, paragonabili alla tecnica di enucleo resezione con un basso rischio di complicanze maggiori e la massima preservazione di parenchima sano.

Abstract n. 18 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.00 Sala Borromeo)

**LE ALTERAZIONI DEL GENE VHL PROMUOVONO LA PROGRESSIONE TUMORALE NEL CARCINOMA RENALE A CELLULE CHIARE INTRACAPSULARE MEDIANTE LA LOCALIZZAZIONE NUCLEARE DEL HIF-1 $\alpha$**

Minervini A.<sup>1</sup>, Di Cristofano C.<sup>2</sup>, Vittori G.<sup>1</sup>, Tuccio A.<sup>1</sup>, Lanzi F.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Bevilacqua G.<sup>3</sup>, Cavazzana A.<sup>3</sup>, Minervini R.<sup>4</sup>, Carini M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università di Firenze, AOUC; <sup>2</sup> Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza, Roma, Polo Pontino, I.C.O.T., Latina; <sup>3</sup>Dipartimento di Oncologia, Divisione di Patologia Chirurgica, Molecolare e Ultrastrutturale, Università di Pisa; <sup>4</sup>Dipartimento di Chirurgia, Divisione di Urologia, Università di Pisa

**Introduzione e Obiettivi:** L'inattivazione del gene di Von Hippel-Lindau (VHL) rappresenta la più frequente anomalia del genoma riscontrata nei RCC a cellule chiare (cc-RCC). Il gene VHL codifica per due proteine: VHL30 e VHL19. Le alterazioni del gene VHL inibiscono l'abilità delle pVHL di legarsi a HIF-1 $\alpha$  e quindi determina una iperespressione di HIF-1 $\alpha$  e dei geni indotti. HIF-1 $\alpha$  è un eterodimero composto da una subunità  $\alpha$  e una  $\beta$ . HIF-1 $\beta$  viene espresso indipendentemente dallo stato di ipossia mentre l'espressione di HIF-1 $\alpha$  è regolata dal livello di O<sub>2</sub>. In condizioni normali di ossigeno pVHL lega HIF-1 $\alpha$ , dopo idrossilazione nell'ODD (oxygen-dependent degradation domain) e questo permette la degradazione di HIF-1 $\alpha$  attraverso il proteasoma. In questo dominio è localizzato un SNP (single nucleotide polymorphism) al codone 582. In condizioni di ipossia, l'interazione VHL/HIF-1 $\alpha$  viene abolita e HIF-1 $\alpha$  attiva i suoi geni target a livello nucleare. Lo scopo dello studio è stato quello di caratterizzare lo stato molecolare di VHL e del SNP di HIF-1 $\alpha$  in una ampia popolazione di cc-RCC intracapsulari. Inoltre abbiamo valutato l'impatto prognostico delle alterazioni geniche di VHL e HIF-1 $\alpha$  e dei loro prodotti proteici.

**Metodi:** Sono stati studiati 136 pazienti con cc-RCC intracapsulare (pT1a, pT1b, pT2), età media 62 anni (range 28-85) sottoposti a nefrectomia radicale nel periodo 1991-2001 e con un follow-up medio di 117 mesi. Per lo studio immunocitochimico

(IHC) è stato costruito un microarray tissutale e sono stati utilizzati due anticorpi monoclonali (clone Ig32 e clone Ig33) e un anticorpo policlonale anti-HIF-1 $\cdot$ . Sono state eseguite inoltre l'analisi mutazionale dell'intero gene VHL, la valutazione dello SNP (C1772T) di HIF-1 $\cdot$ , l'analisi dello stato di metilazione del promoter di VHL e LOH (loss of heterozygosis) al locus 3p25 di VHL. I risultati sono stati correlati con la sopravvivenza tumore specifica.

**Risultati:** Le alterazioni del gene VHL sono state evidenziate nel 57% dei casi. Le mutazioni di VHL, metilazione e LOH sono state evidenziate nel 51%, 11% e 17% dei casi, rispettivamente. I pazienti con alterazioni bialleliche di VHL hanno evidenziato una riduzione statisticamente significativa della sopravvivenza tumore specifica ( $p = 0.01$ ). Abbiamo evidenziato inoltre una associazione statisticamente significativa tra alterazione biallelica di VHL, l'assenza di espressione di pVHL ( $p = 0.004$ ) e la localizzazione nucleare di HIF-1 $\cdot$  ( $p = 0,04$ ). SNP era associato con la sola localizzazione citoplasmatica di HIF-1 $\cdot$  ( $p = 0.007$ ). La negatività di pVHL ( $p = 0.001$ ) e la positività nucleare di HIF-1 $\cdot$  ( $p = 0.005$ ) erano statisticamente correlate con una minore sopravvivenza tumore specifica.

**Conclusioni:** Elevati livelli di HIF-1 $\cdot$  sono stati riportati in molti tumori ed anche nel cc-RCC. La valutazione dell'impatto prognostico delle mutazioni di VHL ha evidenziato risultati contrastanti e pochi studi hanno analizzato le alterazioni di HIF-1 $\cdot$  nel cc-RCC. Le alterazioni di VHL e HIF-1 $\cdot$  influenzano l'espressione e la localizzazione dei prodotti proteici da loro codificati. Le alterazioni bialleliche di VHL con perdita di espressione di pVHL sono associate ad una localizzazione nucleare di HIF-1 $\cdot$  ed ad una prognosi infausta nei cc-RCC intracapsulari.

Abstract n. 19 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.00 Sala Borromeo)  
**RUOLO PROGNOSTICO ED ETIOPATOGENESI DELLA NECROSI ISTOLOGICA COAGULATIVA NEL CARCINOMA RENALE A CELLULE CHIARE NON METASTATICO**

Minervini A.<sup>1</sup>, Lanciotti L.<sup>1</sup>, Di Cristofano C.<sup>2</sup>, Gacci M.<sup>1</sup>, Lanzi F.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Nesi G.<sup>3</sup>, Bevilacqua G.<sup>4</sup>, Minervini R.<sup>5</sup>, Carini M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università La Sapienza, Roma, Polo Pontino, I.C.O.T., Latina; <sup>3</sup>Dipartimento di Patologia Umana, Università di Firenze, AOUC; <sup>4</sup>Dipartimento di Oncologia, Divisione di Patologia Chirurgica, Molecolare e Ultrastrutturale, Università di Pisa; <sup>5</sup>Dipartimento di Chirurgia, Clinica Urologica, Università di Pisa

**Obiettivi:** Analizzare il ruolo prognostico della necrosi istologica coagulativa nel carcinoma a cellule chiare (cc-RCC) non metastatico, e definire l'evento etiopatogenetico in causa nello sviluppo della necrosi istologica attraverso la correlazione con altri parametri patologici esaminati di routine, con l'infiltrato linfocitario intratumorale (TIL), con l'indice di proliferazione tumorale (Ki-67) ed con markers molecolari dell'ipossia collegati alla via VHL-HIF-1 $\cdot$ .  
**Metodi:** La necrosi tumorale coagulativa è la forma più comune di necrosi nel cc-RCC. Istologicamente è caratterizzata da gruppi omogenei di cellule degenerate e morte. La ialinizzazione, l'emorragia e la fibrosi non vengono considerati necrosi coagulativa tumorale. Sono stati analizzati i dati relativi a 213 pazienti con cc-RCC non metastatico. Il follow-up medio (range) dei pazienti in vita è stato 75 (12-154) mesi. La presenza e l'estensione della necrosi (< 30%, 30-75% e > 75%) sono state correlate con la sopravvivenza globale e tumore specifica, ai fattori clinico-patologici di routine, all'espressione dell'antigene Ki-67 (score MIB-1), a pVHL, a HIF-1 $\cdot$ , al grado di TIL espresso come lieve moderato o severo.

**Risultati:** La necrosi istologica era presente nel 63,8% dei RCC ed è risultata correlata significativamente al grado nucleare ed al

TIL, mentre la sua estensione è significativamente correlata con il grado, il TIL e lo stadio. La presenza della necrosi e la sua estensione nel cc-RCC non sono risultati associati alla dimensione del tumore. Infatti la dimensione media dei tumori con e senza necrosi era 5,2 e 4,8 cm ( $p = 0,4$ ) e la dimensione media dei tumori con estensione della necrosi < 30%, 30-75% e >75% è stata rispettivamente 5,1, 4,7 e 7,2 cm (test di Kruskal-Wallis,  $p = 0,08$ ). La presenza e l'estensione della necrosi non sono associate ad un'elevata espressione di Ki-67 e non correlano con l'espressione di pVHL né di HIF-1 $\cdot$  nucleare e citoplasmatico. La necrosi è risultata un fattore prognostico significativo di sopravvivenza tumore specifica e questo è stato confermato anche limitando l'analisi ai pazienti con cc-RCC intracapsulare. All'analisi multivariata, la necrosi non è risultata un fattore predittivo indipendente. Al contrario il grado, lo stadio, la bassa espressione di pVHL e l'elevata espressione di HIF-1 $\cdot$  nucleare hanno confermato la loro indipendenza come fattori prognostici di sopravvivenza tumore specifica; risultato confermato anche quando l'analisi multivariata è stata limitata a cc-RCC intracapsulare. L'estensione della necrosi istologica invece non è risultata un fattore prognostico significativo all'univariata.

**Conclusioni:** In letteratura è riportata la capacità della necrosi di predire l'aggressività del RCC; altri autori come pure l'Union Internationale Contre le Cancer Working Group, non la considerano un fattore prognostico predittivo di sopravvivenza. Sono ancora in discussione anche i dati relativi al valore prognostico dell'estensione della necrosi e del suo ruolo in base ai diversi sottotipi istologici. Inoltre, la patogenesi della necrosi istologica nel cc-RCC è ancora in gran parte sconosciuta.

Nella nostra analisi la necrosi istologica non è risultata un fattore prognostico indipendente di sopravvivenza tumore specifica nel cc-RCC non metastatico. L'esatto meccanismo che provoca la necrosi tumorale rimane sconosciuto, ma la risposta immunitaria potrebbe contribuire in maniera significativa al suo sviluppo.

Abstract n. 20 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**BRACHITERAPIA CON IMPIANTO PERMANENTE NEI PAZIENTI DI ETÀ < = 65 ANNI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO A BASSO RISCHIO: L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA**

Vavassori A.<sup>1</sup>, Cattani F.<sup>2</sup>, De Cicco L.<sup>1</sup>, Fodor C.<sup>1</sup>, Lazzari R.<sup>1</sup>, Rondi E.<sup>2</sup>, Jereczek-Fossa B.A.<sup>1,5</sup>, Ivaldi G.<sup>1</sup>, Zerini D.<sup>1</sup>, Garibaldi C.<sup>2</sup>, Cambria R.<sup>2</sup>, Santoro L.<sup>3</sup>, Musi G.<sup>4</sup>, De Cobelli O.<sup>4,5</sup>, Scardino E.<sup>4</sup>, Rocco B.<sup>4</sup>, Guido A.<sup>1</sup>, Gatto G.<sup>1</sup>, Russo I.<sup>1</sup>, Orecchia R.<sup>1,5</sup>

Divisione di <sup>1</sup>Radioterapia; <sup>2</sup>Fisica Medica; <sup>3</sup>Epidemiologia e Biostatistica; <sup>4</sup>Urologia dell'Istituto Europeo di Oncologia - Milano; <sup>5</sup>Università degli Studi di Milano

**Scopo:** Valutare l'incidenza di tossicità acuta e cronica e il controllo biochimico di malattia dopo brachiterapia intraprostatica (BTp) con impianto permanente in pazienti di età 65 anni.

**Materiali & Metodi:** Da Ottobre 1999 a Dicembre 2007 85 pazienti (pz) di età 65 anni affetti da adenocarcinoma prostatico a basso rischio sono stati trattati con BTp utilizzando sia 103Pd (2 pz) che 125I (83 pz).

L'età mediana dei pz era di 60 anni.

Trentaquattro pz (40%) sono stati trattati con ormonoterapia neoadiuvante nelle maggior parte dei casi con la finalità di ridurre il volume ghiandolare della prostata.

Eventuali sintomi urinari di tipo ostruttivo e irritativo sono stati valutati prima della procedura di impianto mediante una uroflussometria e mediante il questionario International Prostatic Symptom Score (IPSS): il punteggio IPSS mediano è stato 3 e il flusso massimo mediano valutato mediante uroflussometria è

stato 17 ml/sec. Il controllo biochimico di malattia (bNED) è stato definito sia secondo la definizione ASTRO 1997 (3 rialzi consecutivi del PSA dopo il PSA nadir) che secondo la definizione Houston-Phoenix (valore di PSA di 2 ng/ml oltre il PSA nadir). Sono stati registrati anche i cosiddetti rimbalzi (o bounces) del PSA, definiti come un rialzo di PSA di qualsiasi entità seguito da una riduzione del valore stesso.

**Risultati:** Il follow-up mediano è stato di 44.7 mesi. Solo un paziente (1.1%) ha sviluppato ritenzione acuta di urina, risolta mediante posizionamento di catetere di Foley per alcune settimane. Nessun paziente ha sviluppato incontinenza urinaria.

Nessun paziente è stato perso al follow-up tutti avevano almeno 3 dosaggi di PSA post-impianto.

Secondo le definizioni ASTRO e Houston, 5/85 pz (5,8%) hanno sviluppato recidiva biochimica di malattia.

Un paziente è morto con malattia. Otto pz (9.4%) hanno avuto riscontro di bounce all'ultimo follow-up.

**Conclusioni:** la BTp offre una accettabile probabilità di controllo biochimico di malattia nei pazienti giovani affetti da tumore prostatico clinicamente localizzato. Dopo BTp l'incidenza di sintomi urinari di grado elevato, quali la stenosi uretrale e la ritenzione acuta d'urina, è risultata essere relativamente bassa.

I nostri risultati preliminari sono simili a quelli riportati in letteratura ma sarà necessario un follow-up più lungo per confermare l'efficacia e la sicurezza di questo trattamento.

Abstract n. 21 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Pene e testicolo - ore 08.00 Sala Visconti)  
**EFFICACIA E TOSSICITÀ DELLA RADIOTERAPIA (RT) ADIUVANTE IN UNA SERIE DI 68 PAZIENTI CON SEMINOMA ALLO STADIO INIZIALE. VALUTAZIONE DI QUALITÀ DI VITA E CONFRONTO CON POPOLAZIONE SANA**

Vischioni B.<sup>1</sup>, Jerezek-Fossa B.A.<sup>1,3</sup>, Gherardi F.<sup>1</sup>, Trovi M.<sup>1</sup>, Zerini D.<sup>1</sup>, Ivaldi G.<sup>1</sup>, Vavassori A.<sup>1</sup>, De Cobelli O.<sup>2,3</sup>, Orecchia R.<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Divisione di Radioterapia Istituto Oncologico Europeo, Milano, Italia; <sup>2</sup>Divisione di Urologia Istituto Oncologico Europeo, Milano, Italia; <sup>3</sup>Università degli Studi di Milano, Milano, Italia

**Introduzione e Obiettivi:** Le opzioni terapeutiche per i pazienti con stadio iniziale di seminoma testicolare sono: RT adiuvante, chemioterapia adiuvante e vigile attesa. Questo lavoro analizza l'efficacia e la tossicità della RT adiuvante in una serie di 68 pazienti trattati per seminoma allo stadio iniziale.

**Metodi:** Per il presente studio sono stati analizzati retrospettivamente i dati clinici di 68 pazienti (età media 35 anni), sottoposti a chirurgia e RT adiuvante presso la Divisione di Radioterapia dell'Istituto Oncologico Europeo di Milano, tra il 2001 e il 2007. Il campione include 42 pazienti di stadio IA, 22 -IB, 1 di stadio IIA, 1 -IIB, e 1 con seminoma bilaterale, (-IA a destra e -IB a sinistra). Con tecnica 3D conformazionale sono stati trattati i linfonodi retroperitoneali e pelvici omolaterali alla neoplasia eradicata (tecnica dog-leg), con una dose media di 25.7 Gy in 16 frazioni su un tempo medio di 23 giorni. Durante il follow-up i pazienti hanno compilato 3 questionari: EORTC Quality of life (QLQ30) e Multidimensional fatigue inventory (MFI-20) per una valutazione della qualità di vita e della fatigue, e International index of erectile function (IIEF-5) per la funzionalità erettile. Gli stessi 3 questionari sono stati distribuiti a 60 individui sani per un confronto.

**Risultati:** La nausea (41% di grado 1 della scala NCI-CTC v. 2, 26% di grado 2) è stato il sintomo più frequente di tossicità acuta legata alla RT. Il 7% dei pazienti ha sofferto di diarrea, il 4% di pirossi, il 4% di disuria, l'1% di stipsi, l'1% di anoressia, e l'1% di eritema all'inguine. Il follow-up per 64 pazienti del campione è stato aggiornato al 31 gennaio 2009 (mediana di 33 mesi, range 2-97). Tutti i pazienti sono, al momento, liberi da malattia. La re-

cidiva di seminoma è stata diagnosticata in un paziente, mentre una seconda neoplasia si è verificata in 3 pazienti (un caso a bordo campo di RT, gli altri fuori campo). Due anni dopo la fine della RT, un paziente ha avuto una recidiva mediastinica, trattata con chemioterapia (PEB x 4) con risposta completa. Lo stesso paziente, sei anni dopo la fine della RT, è stato trattato in modo radicale con TURV per una neoplasia vescicale allo stadio iniziale. Un altro paziente è stato sottoposto a chirurgia e chemioterapia per un carcinoma embrionario del testicolo controllato un anno dopo la fine della RT. La stessa neoplasia è recidivata 5 anni dopo, il paziente è stato sottoposto a linfadenectomia retroperitoneale, ed è attualmente libero da malattia. Un caso di linfoma di Hodgkin è stato diagnosticato due anni dopo il termine della RT e sottoposto a chemioterapia con risposta completa. Per quanto riguarda i dati sulla fertilità, un solo caso di aborto spontaneo è stato segnalato, e 4 pazienti hanno avuto un figlio dopo il trattamento (uno con fecondazione assistita). I dati di tossicità tardiva includono solo occasionale dolore addominale riportato in 6 pazienti (9%), ed un caso di saltuaria ematuria. Sono stati raccolti ed analizzati 36 questionari MFI-20 (follow-up mediano 37 mesi), 33 questionari IIEF 5 (follow-up mediano 42 mesi) e 35 QLQ-C30 (follow-up mediano 40 mesi). Sono stati messi a confronto i punteggi medi per la fatigue, per la funzionalità erettile e per il QLQ-C30 nelle due popolazioni con risultati analoghi.

**Conclusioni:** La RT adiuvante alla chirurgia è un trattamento efficace e ben tollerato per il seminoma in stadio iniziale. La qualità di vita, la fatigue e la funzionalità sessuale dopo la RT adiuvante per seminoma sono paragonabili al gruppo di controllo.

Abstract n. 22 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**CISTECTOMIA EXTRAPERITONEALE: UN VANTAGGIOSO APPROCCIO PER PAZIENTI ANZIANI E AD ALTO RISCHIO**  
 Masala D., Di Lorenzo D., Oliva A., Fedelini P., Meccariello C., Brigante P., Masala A.

Dipartimento Nefro-Urologico e UOC Urologia Ospedale A. Cardarelli Napoli. Direttore: A. Masala

**Introduzione:** La cistectomia radicale rimane ancora un intervento urologico ad alto rischio e presenta ancora una significativa mortalità perioperatoria. L'aumento dell'età media della popolazione porta ad una diagnosi di neoplasia vescicale di alto grado e muscolo-invasiva in pazienti di età sempre più elevata. Alcune condizioni cliniche sistemiche (miocardiopatie, epatopatie croniche, cirrosi epatica, malattie linfoproliferative ad evoluzione cronica, bronco-pneumopatie croniche) elevano il rischio operatorio di questi pazienti. La scarsa risposta a terapie alternative (radioterapia e chemioterapia) rendono la vita di questi pazienti un vero calvario con continui ricoveri per ematuria, dolore pelvico, ritenzione urinaria da coaguli e comparsa di uropatia ostruttiva con ricorso a derivazioni urinarie di minima talora urgenti. La possibilità di trattare chirurgicamente questi pazienti con un approccio meno invasivo può alleviare le sofferenze e migliorare la qualità della sopravvivenza. A questo proposito la cistectomia extraperitoneale con derivazione cutanea, senza o con interposizione di ileo, in anestesia periferica, rappresenta una opzione terapeutica interessante.

**Materiali e Metodi:** Negli ultimi 5 anni presso la nostra unità operativa sono state praticate oltre 370 cistectomie radicali; la mortalità post-operatoria media (entro 30 giorni) è stata del 3%. La mortalità e la morbilità perioperatoria raggiungevano punte del 5% nei pazienti anziani e ad alto rischio (ASA 4) ed era correlabile con fistole intestinali, urinose, infezioni addominali ed alterazioni elettrolitiche. In 20 pazienti, di età compresa tra 77 e 86 anni, con queste caratteristiche, è stato adottato un approccio extraperitoneale, con confezionamento di ureterocutaneostomia diretta in 17 casi e

Bricker in 3 casi. L'intervento, praticato con un accesso per via ombelico-pubica, in 7 casi in anestesia periferica ha avuto una durata media di 2 ore con punte di 3 ore per le Bricker.

**Risultati:** I risultati clinici sono stati decisamente migliori, con assenza di mortalità, linforrea e linfocele in soli 3 casi, anemia in 2 casi e un solo caso di ischemia miocardica post-operatoria. La canalizzazione intestinale e la ripresa post-operatoria sono risultate particolarmente rapide.

**Conclusioni:** La tecnica a peritoneo chiuso è in grado di ridurre molte complicanze e di ridurre fortemente l'ospedalizzazione. L'utilizzazione di derivazione cutanea esterna, per quanto desueta e poco gradita, in pazienti ASA 4 trova un razionale utilizzo, soprattutto se la malattia è avanzata e gli ureteri sono molto dilatati. L'uso dell'anestesia periferica, per quanto scomodo per il chirurgo, è un ulteriore vantaggio per i pazienti a rischio elevato.

Abstract n. 23 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**METASTASI SURRENALICA METACRONA DA ADENOCARCINOMA GASTRICO: UN CASO CLINICO MOLTO RARO E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

**Masala D.<sup>1</sup>, Boscaino A.<sup>2</sup>, Brigante P.<sup>1</sup>, Cola A.<sup>1</sup>, Ranavolo R.<sup>1</sup>, Masala A.<sup>1</sup>, Nappi O.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Dipartimento Nefro-Urologico e UOC Urologia Ospedale A. Cardarelli Napoli. Direttore: A. Masala; <sup>2</sup>UOC Anatomia ed Istologia Patologica Ospedale A. Cardarelli Napoli. Direttore: O. Nappi

**Introduzione:** Le localizzazioni secondarie al surrene di neoplasie primitive ad altri organi sono eventi inusuali; in particolare le metastasi surrenaliche derivanti da un adenocarcinoma gastrico primitivo sono decisamente rare, in quanto le sedi più frequenti sono rappresentate dal pancreas, dal duodeno e dall'esofago. Tali lesioni surrenaliche hanno comparsa relativamente repentina dopo pregresso trattamento chirurgico di gastrectomia. La loro evoluzione è piuttosto subdola in quanto non danno luogo a sintomatologia precoce, ma la prognosi è decisamente sfavorevole. Il riscontro di metastasi surrenaliche da pregresso cancro gastrico è più spesso casuale ed avviene nel corso del follow-up radiologico, eseguito con la TC e con più frequenti ecografie addominali. La presentazione clinica di tali malattie è espressione del loro stadio avanzato e le uniche sintomatologie riportate dagli scarsi dati di letteratura e dall'esperienza personale sono sbalzi pressori repentini non correlati a patologia cardiovascolare e variazioni dello stato dell'umore dei pazienti. La diagnostica di laboratorio, scarsamente utile, si basa sulla variazione a volte spropositata del solo CEA, che comunque risulta costantemente alterato in queste forme di metastasi. Il gold standard terapeutico è rappresentato dalla surrenectomia; la chemioterapia non risulta essere efficace né consente un aumento della sopravvivenza media dei pazienti. La diagnosi di certezza è istologica con l'indispensabile sussidio dell'immunoistochimica. La prognosi è decisamente sfavorevole, con una sopravvivenza che in genere non supera l'anno di vita dopo trattamento chirurgico.

**Caso clinico:** Gli Autori, dopo una accurata revisione della Letteratura che dal 1975 ad oggi riporta solo 3 casi di metastasi surrenaliche da tumore gastrico primitivo, tutti descritti in Asia e di cui 2 casi di metastasi monolaterali ed un caso di metastasi surrenaliche bilaterali, presentano la loro esperienza di un caso clinico osservato e trattato all'inizio del 2008. Paziente di sesso maschile, 57 anni, sottoposto poco meno di 2 anni prima ad intervento chirurgico di gastrectomia distale per adenocarcinoma gastrico conseguente a ulcera gastrica, giungeva alla nostra osservazione indirizzato da altra sede, già in possesso di documentazione per immagini, in buone condizioni generali senza ulteriori co-morbidità, riferendo esclusivamente di avere avuto due anomali ed isolati episodi di ipertensione transitoria e sporadici episodi di alterazione dell'umore. Il primo controllo TC, dopo un

anno dall'intervento era risultato negativo e successivamente il paziente eseguiva due ecografie addominali, l'ultima delle quali a poco meno di 2 anni dall'intervento risultava positiva per una lesione renale polare ben capsulata di circa 4 cm ed una contestuale immagine sovrastante sospetta per adenoma surrenalico. In seguito a tale rilievo venivano eseguiti approfondimenti sia laboratoristici che radiologici. Dall'esecuzione di esami completi sul sangue, ivi compresi i markers tumorali aspecifici, risultava un enorme aumento del CEA e l'approfondimento TC addominale e pelvica evidenziava un quadro decisamente impegnativo di massa renale sx di circa 5 cm polare superiore, capsulata, simile ad un oncocitoma, sormontata da una voluminosa formazione surrenalica di circa 4 cm; erano presenti inoltre grossolane alterazioni linfonodali ai pacchetti dell'ilo renale sx, lombo-aortici sx e iliaci sx. Il paziente alla fine di Gennaio 2008 veniva sottoposto ad intervento chirurgico di nefrectomia sinistra con contestuale surrenectomia e linfadenectomia dell'ilo renale, della regione intercavaoartica e della regione iliaca ove si riscontravano voluminose nodulazioni di consistenza duro-lignea. La risposta istologica era di lesione renale compatibile con un Oncocitoma renale, con capsula e strutture ilari indenni; i prelievi effettuati in corrispondenza del surrene mostravano massiva infiltrazione del tessuto fibro-vascolo-adiposo circostante la ghiandola e localmente anche del surrene da parte di un Carcinoma poco differenziato (G3) a cellule singole. Erano presenti anche piccoli linfonodi peri-surrenalici anch'essi massivamente metastatici e tutti i linfonodi esaminati risultavano sede di metastasi massiva da carcinoma poco differenziato. Per giungere alla diagnosi definitiva di metastasi surrenalica da precedente tumore gastrico primitivo è stato necessario ricorrere all'uso delle moderne tecniche di immunoistochimica e alla rivalutazione e comparazione dei vetrini del precedente intervento di gastrectomia. In particolare risultava una forte positività alla Citocheratina 7, focale per Citocheratina 34 Beta e 12, e solo occasionale per Citocheratina 20. Negativi erano invece tutti gli altri marcatori: CD10, TTF1, Vimentina, Calretinina e S100. Nonostante l'attento follow up prescritto e l'istituzione di una chemioterapia di salvataggio, il paziente è deceduto dopo circa 9 mesi dall'intervento chirurgico per progressione molto rapida della malattia tumorale, così come indicava lo spaventoso valore del CEA riscontrato.

**Conclusioni:** Le metastasi surrenaliche da pregressi adenocarcinomi gastrici sono eventi rarissimi di difficile diagnosi, sia preoperatoria in quanto mancano di sintomatologia precoce e di segni specifici, sia istologica definitiva in quanto è necessario sempre l'approfondimento immunoistochimico. La nostra esperienza, in linea con i pochissimi casi descritti in letteratura, dimostra che la comparsa di tali lesioni, dopo precedente trattamento di gastrectomia, è piuttosto precoce (entro i due anni), che il trattamento d'elezione è chirurgico, in quanto approcci chemioterapici sembrano inefficaci e che i pazienti vanno tenuti sotto stretto controllo clinico e radiologico con ecografia addominale semestrale e TC addominale annuale. Al momento, la prognosi post-chirurgica risulta decisamente infausta non superando i 12 mesi di vita.

**Bibliografia:**

1. *Adrenalectomy for metastatic disease to the adrenal gland from gastric cancer: report of a case.* Do YR., Song HS., Kim IH. *Korean J Intern Med.* 2007; 22(1):18-20
2. *Long term survival after resection of a metachronous bilateral adrenal metastases of mucinous gastric carcinoma: report of a case.* Mokuno Y., Katayama M., Ogura Y., Kimura K., Koh. *Surg Today.* 2006; 36(6):554-8
3. *Bilateral adrenal enlargement and non-suppressible hypercortisolism as a presenting feature of gastric cancer.* Biswas M., Smith JC., Davies JS. *Ann Clin Biochem.* 2004; 41(Pt6):494-7
4. *Adrenal insufficiency caused by bilateral adrenal macrometastases: a rare case with metastatic colon cancer.* Irfan Cicin, Sernaz



Uzunoglu, Hakan Karagol, Ufuk Usta, Osman Temizoz, Nilay Ermantas. *Trakya Universitesi Tip Fakultesi, Edirne.*

5. Glomset, D.A. *The incidence of metastasis of malignant tumor to the adrenals. Am. J Cancer 1998; 32:57-61*

Abstract n. 24 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

#### RUOLO DI NMP22 BLADDERCHECK®TEST NELLA DIAGNOSI DELLA NEOPLASIA VESCICALE

Longo F., Mangiarotti B., Del Nero A., Bernardini P., Kartalas-Goumas I., Avogadro A., Cordima G., Itri E., Hussein M.I.Y., Inneo V., Guerrer C., Montanari E.

*Clinica Urologica III – Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano*

**Scopo del lavoro:** Valutare l'efficacia del Test NMP22 BladderCheck®Test rispetto alla citologia urinaria nella diagnosi della neoplasia vescicale.

**Materiali e Metodi:** Sono stati valutati 50 pazienti giunti presso l'ambulatorio di urologia per eseguire cistoscopia diagnostica per macroematuria e sospetta neoplasia vescicale. Tutti i pazienti avevano eseguito citologia urinaria su tre campioni, esame urine con sedimento e urocultura. Sono stati esclusi i test dei pazienti con urocultura positiva, sedimento urinario compatibile con infiammazione o campioni d'urine raccolte più di trenta minuti prima della procedura. Abbiamo poi prelevato 4 gocce da ciascun campione d'urina raccolto, quindi le abbiamo instillate nell'apposito kit NMP22 BladderCheck®Test e dopo 30-50 minuti abbiamo osservato il risultato del test. I pazienti sono stati poi sottoposti a cistoscopia diagnostica e successivamente a resezione endoscopica delle neoplasie visibili o delle aree sospette. Nei 42 pazienti valutabili il valore diagnostico di NMP22 BladderCheck®Test è stato correlato all'esito della citologia urinaria, della cistoscopia e dell'eventuale esame istologico valutando sensibilità e specificità.

**Risultati:** In 23 pazienti (54%) era presente neoplasia vescicale, in 11 pazienti di basso grado, in 12 pazienti di alto grado. NMP22 BladderCheck®Test ha diagnosticato il 36% (4/11) delle neoplasie di basso grado e il 66% (8/12) di quelle ad alto grado; la citologia urinaria non ha diagnosticato nessuna neoplasia di basso grado e il 58% (7/12) delle neoplasie d'alto grado. La sensibilità è stata del 52% per NMP22 BladderCheck®Test e del 30% per la citologia urinaria, la specificità è stata del 100% per entrambe le metodiche.

**Discussione:** La cistoscopia è il gold standard nella diagnosi del tumore della vescica, anche se rimane invasiva e relativamente costosa. La citologia urinaria è il metodo non invasivo più utilizzato nella diagnosi della neoplasia della vescica tuttavia possiede bassa sensibilità probabilmente dovuta alle caratteristiche del campione e all'esperienza del citopatologo. Inoltre la citologia urinaria possiede bassa sensibilità nelle neoplasie di basso grado. NMP22 BladderCheck®Test ha dimostrato avere una sensibilità maggiore e un percentuale di neoplasie di basso grado diagnosticate superiore alla citologia urinaria. Inoltre NMP22 BladderCheck®Test dà risultati praticamente istantanei e non necessita di particolari procedure di preparazione del campione d'urina.

**Conclusioni:** NMP22 BladderCheck®Test possiede una sensibilità maggiore rispetto alla citologia urinaria nella diagnosi del tumore vescicale e la specificità è sovrapponibile. È però importante sottolineare la semplicità della procedura e la rapidità con cui si ottiene il risultato dell'esame rispetto alla citologia urinaria. Tali caratteristiche candidano il test all'utilizzo in ambulatorio sui pazienti con macroematuria, senza però sostituire la cistoscopia nella diagnosi della neoplasia vescicale.

#### Bibliografia

Zwarthoff EC: "Detection of tumours of the urinary tract in voided urine" – *Scand J Urol Nephrol Suppl. 2008; (218):147-53.*

Bassi P, De Marco V, De Lisa A, Mancini M, Pinto F, Bertoloni R, Longo F: *Non-invasive diagnostic tests for bladder cancer: a review of the literature – Urol Int. 2005;75 (3):193-200.*

van Rhijn BW, van der Poel HG, van der Kwast TH: "Urine markers for bladder cancer surveillance: a systematic review" – *Eur Urol. 2005 Jun; 47 (6):736-48. Epub 2005 Mar 23.*

Abstract n. 25 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.0)

#### POLIMORFISMI DI MMP1 E MMP2 NEL TUMORE DELLA VESCICA

Longo F.<sup>1</sup>, Biondi M.L.<sup>2</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>; Nadry H.<sup>2</sup>, Banfi E.<sup>2</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica urologica III - Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano; <sup>2</sup>USD Diagnostica Molecolare Infettivologica - Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano

**Introduzione:** Le metalloproteinasi della matrice (MMPs) sembrano essere coinvolte nell'invasione e la metastatizzazione di numerosi tumori mediante la degradazione della matrice extracellulare. L'associazione tra i polimorfismi del MMP ed il rischio di tumore è già stata trovata nello studio di differenti tumori. Il polimorfismo dell'inserzione di una singola guanina (2G) nella regione promoter del gene del MMP-1 ed il polimorfismo della inserzione/delezione di una adenina (5A/6A) nella regione promoter del gene MMP-3 causa l'aumento dei livelli trascrizionali ed dell'espressione locale delle due metalloproteinasi. Lo scopo di questo studio è valutare l'impatto di questi due polimorfismi sul tumore vescicale.

**Materiali e Metodi:** Abbiamo studiato 46 pazienti per questo polimorfismo, 36 maschi e 10 femmine, età media 70 (range 51-91). 42 pazienti hanno un tumore vescicale non muscolo invasivo, (29 alto grado e 13 basso grado) solo 4 pazienti presentano un tumore vescicale muscolo invasivo. In questa popolazione il 65% dei pazienti sono fumatori di sigarette. Una popolazione di controllo di 110 pazienti equidistribuiti per sesso ed età.

**Risultati:** La proporzione dei genotipi omozigoti 2G è risultata essere più alta nel gruppo di pazienti con carcinoma della vescica che nei controlli (P = 0.0016; odds ratio, 3.96; 95% intervallo di confidenza, 1.47-10.68). Non si sono osservate differenze significative nella distribuzione di 5A/6A.

**Conclusioni:** Nel sottogruppo di pazienti non fumatori si è riscontrata l'assenza dell'allele 1/1, mentre l'allele 2/2 era presente. Questo allele è associato con rischio aumentato di sviluppare il cancro della vescica.

#### Bibliografia

Nutt JE, Mellon JK, Qureshi K, Lunec J.: "Matrix metalloproteinase-1 is induced by epidermal growth factor in human bladder tumour cell lines and is detectable in urine of patients with bladder tumours" *Br J Cancer. 1998;78 (2):215-20.*

Kader AK, Liu J, Shao L, Dinney CP, Lin J, Wang Y, Gu J, Grossman HB, Wu X: "Matrix metalloproteinase polymorphisms are associated with bladder cancer invasiveness". *Clin Cancer Res. 2007 May 1;13 (9):2614-20*

Abstract n. 26 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escrettrice - ore 14.00)

#### GENOTIPI, APLOTIPI DEL FATTORE DI CRESCITA ENDOTELIO VASCOLARE (VEGF) E RISCHIO DI TUMORE VESCICALE

Longo F.<sup>1</sup>, Biondi M.L.<sup>2</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>, Murano M.<sup>2</sup>, Pacciolla R.<sup>2</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica urologica III Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano; <sup>2</sup>USD Diagnostica Molecolare Infettivologica Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano

**Introduzione:** Il fattore di crescita vascolare endoteliale è un im-

portante mediatore dell'angiogenesi coinvolto nella crescita tumorale e nel processo di metastatizzazione. I polimorfismi del gene VEGF (-460C/T, +405C/G,+936C/T) possono regolare la produzione del VEGF. In questo studio caso-controllo abbiamo ricercato quali polimorfismi funzionali nel gene VEGF siano associati al rischio di tumore vescicale.

**Metodi:** I genotipi ed aplotipi VEGF sono stati determinati in 46 pazienti con tumore vescicale ed in 100 controlli sani. I pazienti con tumore della vescica sono 36 maschi e 10 femmine, età media 70 (range 51-91). 42 pazienti hanno un tumore vescicale non muscolo invasivo, (29 alto grado e 13 basso grado) solo 4 pazienti presentano un tumore vescicale muscolo invasivo.

**Risultati:** Non ci sono associazioni tra i genotipi -460C/T e +405C/G ed il rischio di tumore vescicale. La combinazione dei genotipi +936TT+CT è associata in modo significativo ad un aumento del rischio di tumore vescicale (OR 2.16; %CI 0.97-4.85; p = 0.034). Nell'analisi degli aplotipi l'aplotipo -460T/+405G/+936T è associato in modo significativo ad un aumento del rischio di tumore vescicale se paragonato al più comune aplotipo CGC (OR 5.38; %CI 2.28-12.81).

**Conclusioni:** In conclusione i polimorfismi del VEGF nel nostro studio sono correlati al rischio di tumore vescicale. Studi più approfonditi sono necessari per ripetere i dati raccolti su una popolazione più ampia e per correlare i polimorfismi con la progressione e la ricorrenza del tumore della vescica.

#### Bibliografia

Garcia-Closas M, Malats N, Real FX, Yeager M, Welch R, Silverman D, Kogevinas M, Dosemeci M, Figueroa J, Chatterjee N, Tardo A, Serra C, Carrato A, Garcia-Closas R, Murta-Nascimento C, Rothman N, Chanock SJ – "Large-Scale Evaluation of Candidate Genes Identifies Associations between VEGF Polymorphisms and Bladder Cancer Risk". *PLoS Genetics: February 2007 | Volume 3 | Issue 2 | e29: 0287-0293.*

Eun-Jung Kim, Pildu Jeong, Changyi Quan, Jiyeon Kim, Suk-Chul Bae, Seok Jung Yoon, Jong-Won Kang, Sang-Cheol Lee, Jae Jun Wee, And Wun-Jae Kim: "Genotypes of TNF-, VEGF, hOGG1, GSTM1, and GSTT1: useful determinants for clinical outcome of bladder cancer". *Urology 65: 70-75, 2005.*

Abstract n. 27 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

#### TUMORE FIBROSO SOLITARIO INTRARENALE: CASE REPORT E REVISIONE DELLA LETTERATURA

Longo F.<sup>1</sup>, Mangiarotti B.<sup>1</sup>, Del Nero A.<sup>1</sup>, Bernardini P.<sup>1</sup>, Kartalas-Goumas I.<sup>1</sup>, Avogadro A.<sup>1</sup>, Cordima G.<sup>1</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>, Hussein Y.M.I.<sup>1</sup>, Gazzano G.<sup>2</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica III – Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano; <sup>2</sup>Cattedra di anatomia ed istologia patologica II – Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano

**Introduzione:** Il tumore fibroso solitario (TSF) è una neoplasia di pertinenza tipicamente pleurica, origina dal tessuto mesenchimale e la localizzazione extrapleurica è piuttosto rara. Sono stati descritti casi di TFS dell'orbita, delle vie respiratorie superiori, del polmone del mediastino e dei tessuti molli. In letteratura sono stati descritti 25 casi di TFS renale, alcuni a origine dalla pelvi renale altri dalla capsula; solo pochissimi casi di TFS intrarenale. L'istogenesi e la prognosi del TFS è poco conosciuta e la diagnosi definitiva viene fatta mediante anticorpi monoclonali.

**Case report:** Un uomo di 70 anni in corso di follow-up per progressa litiasi renale ha eseguito una ecografia addominale che ha documentato la presenza di una neoformazione solida al rene destro vascolarizzata al doppler, confermata alla TAC addome come massa solida dotata di contrast enhancement al polo renale superiore destro di 4 x 5,5 cm. Nel gennaio del 2006 il pa-

ziente è stato sottoposto a nefrectomia radicale destra. All'esame macroscopico la neoformazione era ovoidale biancogrigiastra di 4,3 cm, adesa alla capsula renale con crescita intraparenchimale, i calici e la pelvi renale erano esenti da alterazioni macroscopiche rilevanti. La superficie del reperto era di aspetto lardaceo con focali aree di necrosi, i bordi erano netti e regolari e non era evidente una capsula. L'analisi istologica mostrava una proliferazione fibrocellulare, con fasci a orientamento storiforme, aree di affollamento con sclerosi tra le cellule. Erano presenti atipie citologiche, necrosi e un numero di mitosi pari a 5 x 10 HPF. L'analisi immunohistochimica aveva evidenziato positività per CD34 e Bcl-2, affermando la diagnosi di TFS.

**Discussione:** La diagnosi di TFS extratoracico è difficile. In questi casi la diagnosi è supportata dall'immunohistochimica, utilizzando anticorpi monoclonali per CD34 e Bcl-2. In letteratura sono stati descritti 25 casi di TFS soprattutto adiacenti o associati alla capsula renale, sono pochi i casi di TFS intrarenali. L'origine di tali neoplasie è controversa. In generale sono tumori a crescita lenta e con prognosi favorevole, anche se il 10-15% di questi tumori hanno un andamento sfavorevole, pertanto è raccomandabile un follow-up a lungo termine. Il caso descritto presentava crescita intrarenale, indice mitotico di media aggressività e focali di necrosi, caratteristiche riscontrate più facilmente in pazienti con recidive. Tuttavia il paziente, dopo tre anni di follow-up, gode di buona salute e la TAC toraco-addominale è risultata negativa per ripresa di malattia.

**Conclusioni:** L'aspetto radiologico del TSF non consente una discriminazione affidabile con neoplasie a maggiore aggressività biologica. Anche nel caso giunto alla nostra osservazione l'unica metodica in grado di confermare l'origine mesenchimale della lesione è stata l'immunohistochimica; inoltre il TSF, pur presentando nella maggior parte dei casi una prognosi favorevole, necessita di un follow-up a lungo termine

#### Bibliografia

Constantinidis C, Koutalellis G, Liapis G, Stravodimos C, Alexandrou P, Adamakis I: "A solitary fibrous tumor of the kidney in a 26-year-old man". *Can J Urol. 2007; 14(3):3583-7.*

Llarena Iburguren R, Eizaguirre Zarzai B, Lecumberri Castañeros D, Padilla Nieva J, Crespo Atín V, Martín Bazaco J, Azurmendi Sastre V, Pertusa Peña C.: "Bilateral renal solitary fibrous tumor". *Arch Esp Urol. 2003; 56(7):835-40.*

Abstract n. 28 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### RUOLO DELLA TC-RM NELLA DEFINIZIONE DEI VOLUMI DI INTERESSE RADIOTERAPICO NEL TRATTAMENTO CON CYBERKNIFE NEL TUMORE CLINICAMENTE LOCALIZZATO DELLA PROSTATA

Locatelli F.<sup>1</sup>, Brait L.<sup>1</sup>, Bergantin A.<sup>1</sup>, Bianchi L.C.<sup>1</sup>, Fariselli L.<sup>2</sup>, Tabiaddon D.<sup>3</sup>, Locatelli M.C.<sup>3</sup>, D'Antona A.<sup>3</sup>, Tombolini P.<sup>3</sup>, Maggioni M.<sup>3</sup>, Longo G.<sup>3</sup>, Beltramo G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cyberknife, Centro Diagnostico Italiano, Milano; <sup>2</sup>Divisione di Radioterapia Istituto Neurologico C. Besta, Milano. <sup>3</sup>Ospedale San Carlo Borromeo, Milano.

**Introduzione:** Gli eccellenti risultati conseguiti recentemente dalla radioterapia nella cura del tumore della prostata clinicamente localizzato sono fortemente correlati allo sviluppo di tecniche di irradiazione quali la radioterapia conformazionale (3D CRT) la radioterapia ad intensità modulata (IMRT), la radioterapia stereotassica, tecniche che permettono una migliore erogazione e conformazione della dose al volume bersaglio neoplastico, una minore irradiazione dei tessuti sani circostanti, prerogative di un miglior controllo locale di malattia, di una minore tossicità e di una migliore qualità della vita per il paziente. In questa nuova era tecnologica, la diagnostica per im-

magini (Tc, RM, Pet) riveste un ruolo sempre più determinante nella pianificazione del trattamento radioterapico in quanto permette una più accurata definizione del target neoplastico. **Obiettivi:** valutare il contributo delle diverse sequenze di RM (T1-weighted e T2-weighted) alla definizione dei volumi di interesse per la preparazione di piani di terapia della prostata mediante il TPS MultiplanTM v2.1 del sistema di radiocirurgia Cyberknife. **Metodi:** Sono state acquisite per XX pazienti sequenze di RM T1w e T2w sulle quali, grazie all'integrazione con le immagini TC, sono stati delineati il volume di trattamento (GTV) e degli organi a rischio (OAR).

Sono stati realizzati quattro piani utilizzando i contorni del target definiti con le diverse metodiche: sulla sola immagine TC basale (caso 1), su ciascuna sequenza RM fusa con le immagini TC (T1w: caso 2 e T2w: caso 3), e infine utilizzando tutte le immagini a disposizione (caso 4). I volumi degli OAR (vescica, retto e uretra) sono stati delineati in tutti i casi utilizzando solo l'informazione delle immagini TC. Ogni piano è stato realizzato cercando di rispettare i vincoli definiti nel protocollo attualmente in uso: 9,5 Gy per 4 frazioni, dose all'uretra e alla vescica < 120% dose di prescrizione (38Gy), dose massima al retto < dose di prescrizione e V85 del retto < 2cm<sup>3</sup>.

È stata data al GTV un'espansione di 5 mm in tutte le direzioni tranne 3 mm posteriormente. Ogni piano è stato generato per essere erogabile quindi si è sempre cercato un compromesso tra il rispetto dei vincoli e la durata del trattamento. Il confronto è stato effettuato sia dal punto di vista delle variazioni dei volumi del target che delle distribuzioni di dose agli organi critici. I dati ottenuti sono stati trattati con il test di Wilcoxon

**Risultati:** È stata effettuata una prima valutazione sui volumi del GTV delineati usando le diverse sequenze. I volumi di ogni paziente sono stati confrontati con quello delineato con la sola TC (esame di riferimento). I volumi sono risultati statisticamente differenti ( $p = 0,05$ ). I target delineati utilizzando le informazioni RM sono risultati di dimensioni inferiori rispetto alla sola TC (caso 2:  $-20.13\% \pm 9.7$ ; caso 3:  $-27.87\% \pm 25.7$ ; caso 4:  $-12.16\% \pm 7.9$ ). Si è scelto di utilizzare nel confronto con la TC i GTV ottenuti utilizzando entrambe le sequenze RM in quanto le sequenze T1 e T2 danno informazioni complementari e quindi entrambe utili (caso 1-2:  $p < 0,05$ ; caso 1-3:  $p < 0,05$ ; caso 1-4:  $p < 0,01$ ).

Non è sempre stato possibile rispettare i vincoli di dose al retto soprattutto nel caso 1. La media delle dosi massime al retto è stata significativamente superiore ( $p < 0,05$ ) nel caso 1 rispetto al caso 4 (41.38 Gy vs 38.37Gy; +8.15% con un caso massimo di +24%). La V85 media del retto è  $4.03 \text{ cm}^3 \pm 2.4$  nel caso 1 e  $1.75 \text{ cm}^3 \pm 1.0$  nel caso 4. I vincoli di dose massima alla vescica e uretra sono stati rispettati in tutti i casi. Le dosi sono risultate sempre superiori nel caso 1 rispetto al caso 4 (media delle dosi massime vescica: +1.16%; uretra: +2.42%,  $p < 0.05$ ). La D10 della vescica e dell'uretra è risultata maggiore rispettivamente di 3.18% e 2.40% nel caso 1; la D50 dell'uretra è risultata maggiore 3.44%.

**Conclusioni:** I risultati conseguiti nel nostro studio dimostrano come in un'era di High Technology in Radioterapia, il contributo della moderna diagnostica per immagini sia sempre più rilevante non solo nella definizione del target neoplastico prerogativa di un miglior successo terapeutico ma anche nel risparmio degli organi critici adiacenti prerogativa di una minore tossicità e di conseguenza di una migliore qualità della vita del paziente.

#### Bibliografia

1. Lei Xing, Brian Thorndyke, Eduard Schreibmann et al. *Overwiv of image guided radiation therapy. Medical Dosimetry vol 31: 91-112, 2006.*
2. B.M.Carey. *Imaging for prostate cancer. Clinacal Oncology. 2005. 17: 553-559*
3. Anamaria R.Yeung, Carlos E.Vergas, Aaron Falchook et al. *Dose-*

*volumedifferences for computed tomography and magnetic resonance imaging segmentation and planning for prostate cancer therapy. Int J. Radiation. Oncology Biol.Phys. vol 72, 1426-1433. 2008.*

Abstract n. 29 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

#### VALUTAZIONE DEL RUOLO EMOSTATICO ED ONCOLOGICO DELLA DIATERMOCOAGULAZIONE DEL LETTO CHIRURGICO IN RCC TRATTATI MEDIANTE ENUCLEAZIONE

Lanzi F., Minervini A., Rossetti M.A., Tuccio A., Serni S., Siena G., Giancane S., Lapini A., Carini M.

Clinica Urologica I, Università di Firenze, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

**Obiettivi:** Determinare il rischio di complicanze e di recidiva locale della tecnica di enucleazione tumorale (TE) con o senza l'utilizzo della diatermocoagulazione del letto di enucleazione mediante laser ad Argon, allo scopo di valutare il suo possibile ruolo nel controllo emostatico ed oncologico dopo TE.

**Metodi:** Nel periodo compreso tra l'Ott 2002 e l'Ott 2005 184 pazienti sono stati trattati chirurgicamente per neoplasia renale maligna confermata all'esame istopatologico. Di questi, 127 pazienti (69%) sono stati trattati con TE mentre 57 (31%) sono stati sottoposti a nefrectomia radicale. Nelle prime 58 TE il letto chirurgico è stato coagulato con laser ad argon sia per ragioni emostatiche che oncologiche (Gruppo A) mentre nelle 69 TE più recenti tale metodica non è stata impiegata (Gruppo B). Nessun paziente presentava sospetto imaging di linfonodi positivi o di metastasi a distanza. Data ultimo follow up Dicembre 2007.

**Risultati:** Gruppo A: 58 pazienti. Dimensione tumorale media (SD, mediana, range) 3.3 cm (1.6; 3; 0.8-12) cm. Classificazione TNM 2002: 48 pT1a (82.8%), 7 pT1b (12.1%), 2 pT2 (3.4%), ed un pT3a (1.7%). Grado nucleare secondo Fuhrman: 44 G1-2 (76%), 14 G3-4 (24%). Valutazione WHO 2004: 46 tumori renali a cellule chiare (79.3%), 8 papillari (13.8%), 4 cromofobi (6.9%). Follow-up medio (mediano, range) 49 mesi (47; 39-62). Gruppo B: 69 pazienti. Dimensione media (SD, mediana, range) delle neoplasie 3.6 cm (1.9; 3.5; 1-14) cm. Classificazione TNM 2002: 50 pT1a (72.6%), 13 pT1b (18.8%), 3 pT2 (4.3%), e 3 pT3a (4.3%). Grado nucleare: 56 G1-2 (81.2%), 13 G3-4 (18.8%). Valutazione WHO 2004: 49 tumori renali a cellule chiare (71%), 10 papillari (14.5%), 10 cromofobi (14.5%). Follow-up medio (mediano, range) 31 mesi (29; 26-38).

Complicanze gruppo A (6/58, 10.3%): sanguinamento tale da richiedere emotrasfusioni in 4 casi (6.9%); perdita di urina dal drenaggio risolto mediante posizionamento di stent ureterale in un unico caso (1.7%); 1 caso di fistola arterovenosa (1.7%).

Complicanze gruppo B (7/69, 10.1%): sanguinamento tale da richiedere emotrasfusioni in 3 pazienti (4.3%); un caso di sanguinamento che ha richiesto la nefrectomia (1.4%); perdita di urina dal drenaggio risolto mediante posizionamento di stent ureterale in un caso (1.4%); 2 casi di fistola arterovenosa (2.9%). Le differenze tra i due gruppi non sono risultate statisticamente significative.

Nessun paziente di entrambi i gruppi ha sviluppato recidiva locale durante il follow up.

**Conclusioni:** La diatermocoagulazione del letto di resezione dopo chirurgia conservativa renale non rappresenta uno step chirurgico necessario al fine di ottenere un adeguato controllo emostatico ed oncologico. La TE per via smussa di neoplasie renali sfruttando il naturale piano di clivaggio tumorale rappresenta di per sé una tecnica conservativa semplice e sicura garantendo un ottimo controllo oncologico e una bassa incidenza di complicanze maggiori.

Abstract n. 30 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**TUMORI RENALI MULTIPLI IPSILATERALI: RISULTATI CHIRURGICI ED ONCOLOGICI DELL'ENUCLEAZIONE TUMORALE VS NEFRECTOMIA RADICALE**

**Lanzi F., Minervini A., Giubilei G., Vittori G., Rossetti M.A., Tuccio T., Mantella A., Lapini A., Serni S., Carini M.**  
*Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC*

**Obiettivi:** Valutare il ruolo della Nephron Sparing Surgery (NSS) condotta mediante tecnica di enucleazione tumorale (TE), comparata alla nefrectomia radicale (RN) per il trattamento di tumori renali multipli ipsilaterali, riportando i tassi di complicanze, di recidiva locale e di sopravvivenza tumore-specifica.

**Metodi:** Abbiamo esaminato retrospettivamente i dati clinici e patologici di 960 pazienti sottoposti a chirurgia per RCC. Complessivamente a 34 pazienti (3.5%) è stata diagnosticata almeno una lesione solida minore associata ipsilateralmente al RCC primario. Di questi pazienti 22 hanno effettuato RN ed i restanti 12 NSS mediante TE.

**Risultati:** Il clampaggio è stato effettuato in 10 su 12 pazienti trattati con TE, per un tempo medio (range) di ischemia calda pari a 13,5 (10-21) minuti. Nei due gruppi non sono sopraggiunte complicanze maggiori come insufficienza renale, sanguinamento o fistola urinaria richiedenti un reintervento. Uno dei 12 pazienti trattati con TE ha avuto sanguinamento postoperatorio trattato con trasfusioni. Complessivamente il tasso di sole neoplasie benigne associate al RCC primario è stato del 20%. Il follow-up medio (range) nel gruppo trattato con RN e TE è stato 69 (12-214) e 58 (12-151) mesi, rispettivamente. Dei 22 pazienti trattati con RN otto sono deceduti, inclusi 6 per neoplasia. Nello stesso gruppo lo stadio tumorale è apparso associato significativamente con la sopravvivenza tumore-specifica, che a 8 anni è risultata per i pazienti pT1, pT2 e pT3a rispettivamente 80%, 60% e 0%. Tutti i pazienti trattati con TE sono vivi tranne uno, deceduto per RCC. Nessuno dei pazienti sottoposti a TE ha mostrato margini chirurgici positivi. Due pazienti dopo TE hanno sviluppato recidive renali in altra sede, per un tasso di recidiva ipsilaterale del 17%. L'analisi della sopravvivenza tumore-specifica limitata ai pazienti con tumori multipli ipsilaterali pT1 non ha evidenziato alcuna differenza statisticamente significativa fra i due gruppi. Complessivamente, due pazienti (6%) hanno avuto recidiva controlaterale.

**Conclusioni:** La sopravvivenza tumore-specifica similare dopo RN e NSS e l'incidenza del 20% di lesioni benigne associate al RCC primario, associate ad un rischio di recidiva metacrona controlaterale del 6% possono suggerire l'uso della NSS come alternativa alla RN per il trattamento di tumori renali multipli ipsilaterali anche quando il rene controlaterale appare sano, qualora tutte le lesioni appaiano tecnicamente reseccabili.

In tali casi la TE può rappresentare la tecnica di scelta per la possibilità di mantenere i tempi di ischemia calda contenuti anche in caso di lesioni multiple, per la massima preservazione di tessuto renale sano, e per il rischio teorico ridotto di danno vascolare e alla via escretrice, pur garantendo la negatività dei margini chirurgici.

Abstract n. 31 poster (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**LA RADIOTERAPIA GUIDATA DALL'IMMAGINE (IGRT) NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA: LA LOCALIZZAZIONE ECOGRAFICA 3D CORRELA CON L'USO DI SEMI D'ORO?**

**Munoz F.<sup>1</sup>, Guarneri A.<sup>1</sup>, Franco P.<sup>1</sup>, Ciammella P.<sup>1</sup>, Moretto F.<sup>1</sup>, Namysi-Kaletka A.<sup>1,3</sup>, Destefanis P.<sup>2</sup>, Fontana D.<sup>2</sup>, Ricardi U.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Radioterapia,

<sup>2</sup>Università degli Studi di Torino, AOU San Giovanni Battista-Molinette di Torino (Italia); <sup>3</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2, Università degli Studi di Torino, AOU San Giovanni Battista-Molinette di Torino (Italia); <sup>3</sup>Memorial Institute Maria Sklodowska-Curie, Center Oncology. Gliwice (Polonia)

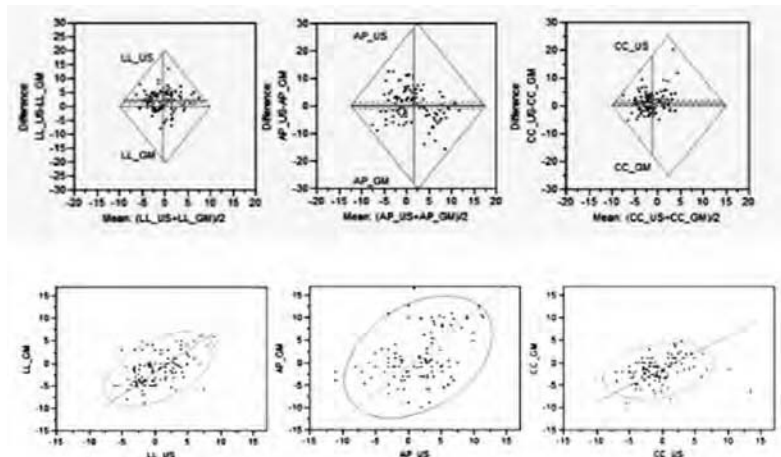
**Introduzione e Obiettivi:** L'implementazione di metodiche di tracking ottico del volume bersaglio in un contesto di radioterapia conformazionale (3DCRT) nel tumore della prostata si pone come obiettivo la riduzione delle incertezze geometriche relative alla riproducibilità del set-up del paziente e dei movimenti d'organo. Lo scopo del presente lavoro è il confronto tra un sistema di Image-Guidance basato su immagini ultrasonografiche tridimensionali (3D-US) e un sistema di immagini portali dopo impianto di markers fiduciali intraprostatici.

**Metodi:** Dieci pazienti affetti da adenocarcinoma della prostata sono stati sottoposti a 3DCRT previo impianto, per via transrettale e sotto guida ecografica, di 3 markers fiduciali intraprostatici. La dose nominale prescritta è stata di 70.2 Gy in 26 frazioni pari a un EQD2 di 84,4 Gy (-/+, = 1.5 Gy). Prima di ogni singola seduta di radioterapia sono state acquisite immagini portali di verifica successivamente confrontate con le immagini di simulazione (DRR); gli spostamenti registrati, mediante identificazione dei markers fiduciali, hanno permesso la correzione on-line della centratura del paziente. Simultaneamente è stato acquisito uno studio ecografico della ghiandola prostatica mediante sistema dedicato (Clarity, Resonant). Lo stesso è stato confrontato con un precedente dato ecografico basale acquisito in fase di planning al fine di generare delle coordinate spaziali rappresentative della posizione della ghiandola prostatica in ogni singola seduta di trattamento.

Sono state confrontate 260 coppie di misure relative agli spostamenti lungo le direzioni cranio-caudali (C-C), antero-posteriore (A-P) e latero-laterale (L-L), rilevati mediante entrambe le metodiche.

**Risultati:** La figura 1 illustra i risultati mediante un diagramma di dispersione (scatter plot) delle coppie di misurazioni per i due sistemi di localizzazione e 3 diagrammi di regressione ortogonale utilizzando i rapporti della varianza ortogonale specificata per ciascun asse e vettore; le ellissi rappresentano l'intervallo di confidenza del 95% delle distribuzioni. L'analisi statistica delle 260 coppie di misurazioni ottenute con 3D US e markers fiduciali dimostra un valore di p (Wilcoxon signed-rank test) pari a 0.124 lungo la direzione L-L, 0.643 lungo quella A-P e < 0.01 lungo quella C-C, con una differenza statisticamente significativa solo per la direzione C-C.

**Conclusioni:** Il presente studio indica che esiste una differenza sistematica significativa tra il sistema con 3D-US ed i markers fiduciali solo lungo la direzione C-C; questo potrebbe essere do-



vuto a una minore visualizzazione della ghiandola prostatica lungo la direzione C-C, intrinseca alla metodica utilizzata. Sono necessari ulteriori studi per determinare la rilevanza, su questi risultati, di fattori come la selezione dei pazienti o la variabilità inter-osservatore.

Abstract n. 32 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### **METASTASI VESCICALE DA ADENOCARCINOMA DELLO STOMACO: DESCRIZIONE DI UN CASO**

**Morelli F.<sup>1</sup>, Ricci Barbini V.<sup>2</sup>, Beccia E.<sup>2</sup>, Setola P.<sup>2</sup>, Cisternino A.<sup>2</sup>, Bisceglia M.<sup>3</sup> e Maiello E.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>U.O. Oncologia; <sup>2</sup>U.O. Urologia; <sup>3</sup>Anatomia Patologica IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza San Giovanni Rotondo

**Introduzione:** Nel luglio 2008, una donna di 45 anni veniva sottoposta a TURV e stenting ureterale dx per idronefrosi da infiltrazione neoplastica della parete vescicale di adenocarcinoma scarsamente differenziato, di tipo diffuso

**Caso Clinico:** La paziente non presentava storia familiare e personale di neoplasia o di altre patologie rilevanti. Da Aprile accusava dolore lombare dx e per questo ha eseguito una ecografia reni-vescica con rilievo d'idronefrosi dx e di una formazione disomogenea allo sbocco ureterale dx (maggio 2008). La paziente è quindi giunta alla nostra osservazione dopo circa due mesi. La pielografia ascendente documentava un tratto stenotico di 8-10 cm interessante tutto l'uretere pelvico dx, mentre l'uretere sacrale era ectasico con aspetto a coda di topo del suo estremo distale. La RMN addome-pelvi evidenziava un grossolano ispessimento a placca esteso dalla cupola fino al trigono con uno spessore di circa cm. 1 ed uno aspetto mammellonato nel versante interno del viscere. La lesione inglobava il meato ureterale e l'uretere dx per tutta la sua estensione. Vi era inoltre una discreta idronefrosi dx con aspetti compatibili con sofferenza parenchimale diffusa. La paziente era sottoposta il 03.07.08 a TURV e stenting ureterale dx. Il referto istologico del tessuto di resezione documentava la presenza d'infiltrazione neoplastica di adenocarcinoma scarsamente differenziato, di tipo diffuso (CK 7 pos e CK 20 neg).

Una TAC torace-addome eseguita successivamente evidenziava un ispessimento parietale circonfenziale coinvolgente il tratta medio distale dell'esofago toracico, la regione cardiaca ed associato ad un addensamento dei piani mediastinici circostanti. Una ecoendoscopia del tratto digestivo superiore dimostrava una mucosa ispessita ed erosa al disotto del cardias con aspetti infiltrativi del tessuto retro peritoneale. La mucosa del cardias e del fondo gastrico erano ispessite (mm 15) con perdita della normale stratificazione parietale. L'esame istologico dimostrava frammenti di mucosa gastrica sede d' infiltrazione di adenocarcinoma di tipo diffuso secondo Lauren. La paziente ha eseguito da luglio un trattamento chemioterapico per 3 cicli secondo lo schema ECX (Cisplatino 60 mg/m<sup>2</sup>, Epirubicina 50 mg/m<sup>2</sup>, Capecitabina 1300 mg/m<sup>2</sup>/die) ed interrotto ad ottobre per progressione di malattia a livello epatico, peritoneale, pelvico. Da novembre abbiamo intrapreso una monoterapia con Docetaxel (100 mg/m<sup>2</sup>), proseguita fino a febbraio 2009 per 6 cicli, quando ad una ulteriore rivalutazione di malattia si è registrata una stabilità.

**Conclusioni:** Le metastasi vescicali sono rare e rappresentano il 3% di tutte le neoplasie maligne primitive della vescica. In una recente review, su 264 casi di tumori metastatici vescicali, le sedi primitive più comuni erano rappresentate dal tratto genito-urinario, dal colon-retto e meno frequentemente dal melanoma, dalla mammella e dallo stomaco (4%). La diagnosi di metastasi vescicale è spesso difficile per il clinico, il patologo ed il radiologo. Nei casi di adenocarcinoma della vescica, peraltro rari, è necessario, escluderne l'origine metastatica.

#### **Bibliografia**

Farhat MH, Moumneh G, Jalloul R, El Hout Y Secondary adenocarcinoma of the urinary bladder from a primary gastric cancer *J Med liban* 2007; 55 (3): 162-4.

Velcheti V, Govindan R Metastatic cancer involving bladder: a review *can J Urol* 2007; 14 (19): 3443-8.

Abstract n. 34 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.00 Sala Sforza)

#### **RUOLO DELLA RADIOTERAPIA IPOFRAZIONATA CON CYBERKNIFE NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA CLINICAMENTE LOCALIZZATO DELLA PROSTATA**

**Beltramo G.<sup>1</sup>, Longo G.<sup>3</sup>, Locatelli M.C.<sup>3</sup>, Bianchi L.C.<sup>1</sup>, Brait L.<sup>1</sup>, Bergantin A.<sup>1</sup>, Locatelli F.<sup>1</sup>, Fariselli L.<sup>2</sup>, Tabiaddon D.<sup>3</sup>, D'Antona A.<sup>3</sup>, Maggioni M.<sup>3</sup>, Tombolini P.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Cyberknife, Centro Diagnostico Italiano, Milano; <sup>2</sup>Divisione di Radioterapia Istituto Neurologico C. Besta, Milano; <sup>3</sup>Ospedale San Carlo Borromeo Milano

**Introduzione:** La capacità dei nuovi apparecchi di radioterapia di riconoscere i movimenti e le deformazioni della prostata durante la seduta radioterapica e di correggere in tempo reale l'irradiazione del target neoplastico in relazione ai suoi spostamenti (radioterapia guidata dalle immagini IGRT), associato alle recenti acquisizioni radiobiologiche sulla natura del tumore della prostata ha permesso l'attuale sviluppo di protocolli terapeutici ipofrazionati con l'obiettivo non solo di migliorare il controllo locale di malattia e di conseguenza la sopravvivenza del paziente, ma nello stesso tempo di ridurre la morbilità del trattamento e, riducendo il numero di sedute di radioterapia, di migliorare la qualità stessa della vita del paziente. La radioterapia ipofrazionata con Cyberknife potrebbe pertanto rappresentare una nuova soluzione terapeutica nell'ambito del trattamento del carcinoma clinicamente localizzato della prostata.

**Obiettivi:** illustrare i risultati conseguiti da un trattamento radioterapico ipofrazionato con Cyberknife in pazienti affetti da carcinoma clinicamente localizzato della prostata utilizzando uno schema di frazionamento che prevede la somministrazione di 4 sedute di 950 cGy per una dose focoloia totale pari a 3800 cGy. Metodi: Dal Luglio 2007 al Gennaio 09, 33 pazienti con un età media di 75 anni (range 61- 85), psa medio di 6.65 ng/ml (range 1.75 – 19), 21 pazienti (67%) appartenenti ad una categoria di basso rischio con Gleason Score ≤ 3+3, e 12 pazienti (33%) appartenenti ad una categoria di rischio intermedio Gleason Score 3+4, sono stati arruolati nell'ambito del nostro protocollo terapeutico.

Per il corretto set up del trattamento radioterapico con Cyberknife il protocollo prevedeva l'inserimento per via trans rettale eco guidata di 3 reperi radio-opachi (gold seed) nella prostata. A 7 giorni dall'inserimento dei reperi radio-opachi il paziente veniva sottoposto ad esecuzione di tac addome con slice di 1.25 mm per l' elaborazione del piano di trattamento e dal settembre 08, con l'acquisizione presso il nostro Centro di una risonanza magnetica di 1,5 testla, la definizione del target e degli organi critici (uretra, vescica, retto, teste femorali, fascio vascolo nervoso, bulbo penieno) prevedeva l'ausilio di immagini MR T1-T2 pesate.

La tossicità urinaria e rettale precoce (< 3 mesi) e tardiva (> 6 mesi) è stata registrata tramite l'ausilio dei questionari sulla qualità della vita (IPSS e EPCIC) e utilizzando le scale di tossicità proposte dal RTOG. La risposta al trattamento radioterapico con Cyberknife è stata analizzata tramite la registrazione dei valori del Psa.

**Risultati:** E' stato consigliato un trattamento profilattico con farmaci alfa bloccanti per una durata media di circa 8 settimane. In tutti i pazienti è stato registrato un'incremento transitorio dei valori del IPPS di 6 -14 punti rispetto ai valori iniziali nell'arco del

le prime 2 settimane dal termine del trattamento radioterapico. Sono stati registrati tossicità urinarie e rettili acute di lieve entità nelle 2 settimane successive alla rt, in ogni caso nessun caso di tossicità acuta > 2 secondo le scale di valutazione proposte dal RTOG. Ad oggi non abbiamo registrato casi di ostruzione urinaria severa, 2 pazienti hanno riferito un sanguinamento rettale la settimana successiva al termine del trattamento radioterapico. Con un follow up medio di circa 6 mesi (range 2-15) abbiamo conseguito i seguenti risultati: tutti i pazienti sono vivi, in nessun paziente è stata osservata una recidiva biochimica di malattia, con valori di psa inferiori ad 1 ng/ml raggiunti nel 47% e nel 67% dei pazienti rispettivamente a distanza di 6 mesi ed 1 anno dal termine della rt.

**Conclusioni:** i profili di tossicità precoce e tardiva insieme ai risultati di controllo locale di malattia osservati nei pazienti con carcinoma clinicamente localizzato della prostata sottoposti a trattamento stereotattico ipofrazionato con Cyberknife sono molto incoraggianti. Un'analisi dettagliata su un numero superiore di pazienti con un follow up più ampio è necessaria per convalidare gli ottimi risultati ad oggi conseguiti.

#### Bibliografia

1. Fowler JF. The radiobiology of prostate cancer including new aspects of fractionated radiotherapy. *Acta Oncol.* 2005;44 (3):265-276.
2. Edward F.Miles and W.Robert Lee. Hypofractionation for prostate cancer: a critical review. *Semin Radiat Oncol* 2008; 18:41-47.
3. Christopher R. King, James D. Brooks, Harcharan Gill et al. Stereotactic body radiotherapy for localized prostate cancer: interim results of a prospective phase II clinical trial.

Abstract n. 35 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)  
**TERAPIA CON SUTINIB PER RECIDIVA LOCALE MULTIPLA DI CARCINOMA RENALE IN MONORENE**  
**Vittori G.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Baldazzi V.<sup>2</sup>, Lanciotti M.<sup>1</sup>, Gacci M.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Departimento di Urologia, ospedale di Careggi, Università di Firenze, Firenze, Italia; <sup>2</sup>Departimento di Oncologia, ospedale di Careggi, Università di Firenze, Firenze, Italia.

**Case report:** Uomo di 49 anni sottoposto nel 1989 a nefrectomia radicale destra per carcinoma renale (RCC) a cellule chiare, stadio pT3a, grado Fuhrman G2. Nel 1995 viene evidenziata neoplasia controlaterale che viene trattata in modo conservativo. Nel 2001 nuovo intervento conservativo per recidiva neoplastica. In entrambe le occasioni venne dimostrato un ADK renale a cell. chiare pT1a. Dall'ultimo intervento residua una insufficienza renale di grado lieve (creatinina 1,8 mg/dL). Inizia follow-up strumentale. Ad aprile 2008 una TC total body ha evidenziato quattro lesioni solide nel rene sinistro di diametro di 11, 12, 14 e 16 mm situate rispettivamente 2 nel polo superiore e 2 nell'inferiore, tutte a sviluppo intrarenale. Le lesioni risultavano solide con enhancement contrastografico. Non si dimostravano altresì lesioni secondarie (figura uno). Per il numero delle lesioni, la loro sede ed i precedenti interventi un ulteriore approccio chirurgico (radicale, conservativo) o mini-invasivo appariva non effettuabile. A causa della giovane età e del buon performance status (PFS) del paziente (il grado ECOG e il punteggio Karnofsky PFS risultavano 1 e 90, rispettivamente) abbiamo effettuato una terapia off-label con inibitori delle Tirosin-Chinasi (TKI), mediante quattro cicli di Sunitinib 50 mg. Il paziente ha terminato la terapia senza manifestare tossicità di 3° o 4° grado. La ri-stadiazione mediante TC total body ha mostrato assenza di lesioni metastatiche documentabili. Delle quattro lesioni precedentemente descritte, tre hanno presentato una notevole riduzione volumetrica e una modificazione del pattern tomografico assumendo un

aspetto simil -cistico privo di captazione di mezzo di contrasto, la quarta (polare inferiore) appare ridotta di diametro di circa il 50% misurando 8 mm (figura due). I referti strumentali sono stati valutati e confrontati con i precedenti dallo stesso radiologo. Il paziente ha ripreso la terapia con Sunitinib.

**Discussione:** non sono disponibili i risultati di trials sulla terapia neoadiuvante o adiuvante con TKI. Esistono alcune esperienze preliminari incoraggianti riguardo la terapia preoperatoria con TKI (Shuch 2008, Amin 2008). Nel nostro caso la terapia con TKI ha determinato modificazioni significative di lesioni multiple primarie, sia dimensionali che morfostrutturali. Non sappiamo ancora il significato della trasformazione "cistica" osservata, nel senso che non possiamo al momento escludere tumore residuo. Il risultato incoraggiante ci ha spinto a continuare nella terapia, considerando anche la scarsa tossicità osservata. Resta ancora da definire l'iter terapeutico successivo non essendo certi della completezza e della durata del risultato.

#### REFERENCES

1. Shuch B, Riggs SB, LaRochelle JC, Kabbinavar FF, Avakian R, Pantuck AJ, Patard JJ, Beldegrun AS. Neoadjuvant targeted therapy and advanced kidney cancer: observations and implications for a new treatment paradigm. *BJU Int.* 2008 Sep; 102 (6):692-6. Epub 2008 Apr 10.
2. Amin C, Wallen E, Pruthi RS, Calvo BC, Godley PA, Rathmell WK. Preoperative tyrosine kinase inhibition as an adjunct to debulking nephrectomy. *Urology* 2008, 72 (4):864-868.

Abstract n. 37 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Pene e testicolo - ore 08.00 Sala Visconti)  
**RADIOTERAPIA, SORVEGLIANZA O CARBOPLATINO NEL TRATTAMENTO DEL SEMINOMA DEL TESTICOLO AL I STADIO CLINICO?**  
**Pizzocaro G.\* e Guarneri A.\***  
*\*Clinica Urologica II, Università degli Studi di Milano, Ospedale San Giuseppe, Via San Vittore 12, Milano*

**Introduzione e Obiettivi:** attualmente esistono 3 opzioni per il trattamento dei tumori seminomatosi del testicolo al I° stadio clinico: la radioterapia, la sorveglianza e il carboplatino. L'obiettivo è individuare il trattamento più efficace, con i minori effetti collaterali e minori costi.

**Metodi:** revisione della letteratura degli ultimi 20 anni.

**Risultati:** il trattamento tradizionale è la radioterapia (RT), che inizialmente veniva impiegata a dosi piuttosto elevate e in campi piuttosto estesi, da D11 alla cicatrice inguinale e da ilo renale a ilo renale, con gravi conseguenze iatrogene: radio-necrosi, neoplasie-radio indotte ... (1). Di conseguenza, negli anni '80 e '90 si è iniziato a far ricorso alla vigile attesa e ad un trattamento radiologico più mirato. A Toronto (2) dal 1981 al 1993 è stata impiegata la vigile attesa in 203 pazienti, con un rischio di ricaduta a 5 anni del 15% (18% a 10 anni) e una mortalità del 1.5%. In Europa, invece, sono stati portati a termine 3 studi randomizzati consecutivi, 2 sulla radioterapia e uno sulla chemioterapia, che hanno dimostrato: 1) irradiando solo i linfonodi para-aortici, evitando i linfonodi pelvici, si riduce la tossicità gastrointestinale e gonadica, ma compare il rischio di recidive pelviche fino al 4% dei casi (3); riducendo la dose della RT da 30 a 20 Gy si riduce la tossicità della radioterapia, mantenendo inalterata l'efficacia (4); una monodose di carboplatino ha dimostrato un'efficacia quasi equivalente a quella della radioterapia para-aortica, ma con un rischio di ricaduta che sale dal 4 al 5% (5).

Recentemente, al Royal Marsden Hospital di Londra, hanno riscontrato che il rischio di ricaduta dopo sorveglianza, nella loro casistica, è diminuito dal 15,8 % nel 1990 (6) al 13% in questo inizio secolo (7). Di conseguenza, il rischio di ricadute per il seminoma al I° stadio clinico oggi diventa:

4% dopo RT paraaortica  
5% dopo una dose di carboplatino  
13% dopo sorveglianza.

**Conclusioni:** 1) la terapia precauzionale allo stato attuale risulta inutile in oltre l'85% di pazienti al I stadio clinico, perché già guariti con la sola orchietomia e soltanto i 2 terzi dei 13-15 pazienti con metastasi occulte si giovano della terapia adiuvante, rispettivamente 61% con carboplatino e 69% dopo radioterapia a dosi ridotte. In questa situazione, tutti i pazienti devono comunque essere sottoposti a follow-up (2-7). Di conseguenza, la sorveglianza diventa l'opzione più conveniente, perché evita terapie inutili in oltre l'85% dei casi e comunque tutti i pazienti richiedono un ragionevole follow-up, come viene suggerito anche dagli AA americani (8).

#### Bibliografia:

1. Stein ME et al. *J. Surg. Oncol.* 1998; 67: 38-40.
2. Chung P et al. *Can. J. Urol.* 2002; 9: 1637-40.
3. Fossa SD et al. *J. Clin. Oncol.* 1999; 17: 1146-54.
4. Jones WC et al. *J. Clin. Oncol.* 2005; 23: 1200-8.
5. Oliver RT et al. *Lancet* 2005; 366: 293-300.
6. Duchenne MG et al. *Cancer* 1990; 65: 1115.
7. Commins S et al. *J. Urol. in press.*
8. Feldman DR, Bosl GJ. *J. Hematol. Oncol.* 2008; 1:22.

Abstract n. 38 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### VALUTAZIONE CLINICA ED ONCOLOGICA IN 64 PAZIENTI DOPO CHIRURGIA CONSERVATIVA RENALE

**Marzotto Caotorta M.\*, Camazzola M.\*, Bianchi R.\*, Sandri S.D.\***

\*Divisione di Urologia Ospedale G. Fornaroli

**Introduzione e Obiettivi:** Valutazione clinica, oncologica e delle complicanze nei pazienti operati con chirurgia a cielo aperto per tumori renali.

**Metodi:** Abbiamo incluso in questo studio 64 pazienti (pz.) operati con chirurgia conservativa renale nel periodo 01/1998-12/2007.

L'età media alla diagnosi era 64 anni (range 32-86), 43 maschi e 21 femmine, 59 tumori monolaterali (92,2%) e 5 (7,8%) bilaterali. Sono stati eseguiti 55 (86%) interventi in elezione e 9 (14%) di necessità. Tra questi ultimi 3 erano bilaterali, 1 aveva insufficienza renale e 1 paziente era monogenico. L'esame istologico era in 51 pz. (79,5%) carcinoma a cellule chiare, 1 pz. carcinoma dei dotti collettori del Bellini, carcinoma a cellule transizionali 1 pz., 1 pz. carcinoma papillare, 2 pz. carcinoma cromofobo, tumori benigni 8 pz. (13%). La stadiazione TNM era pT1:41pz. (73%) pz.; pT2:2pz. (3,5%); pT3:5pz. (9%); pTx:8pz. (14,5%); grado di Fuhrman G1:15pz. (27,8 %); G2: 32 pz. (59%); G3: 5pz. (9,2 %); Gx:2pz. (4%).

Le dimensioni del tumore erano comprese tra 0,5-2 cm in 24pz. (37,5%), 2-4 cm in 33 (51,5%) e tra 4-7 cm in 7 (11%), i margini chirurgici erano negativi in 57 (89%) pz. ed in 4 pz. (6,25%) erano positivi. In 15 casi (23,4%) è stato inserito un catetere ureterale per facilitare il drenaggio della via escretrice. In 4 (6,25%) pz. è stato sostituito il drenaggio ureterale con altri stent di calibro maggiore per facilitare la guarigione della fistola urinaria. Per ottenere l'emostasi abbiamo utilizzato vari materiali e laser ad Argon fino al 2004, da allora TachoSil in 14pz. e Floseal in 3pz. per ridurre il tempo dell'emostasi.

**Risultati:** Il follow up mediano era di 50 mesi (range:4-115 mesi) in 48 pz. (75%). In 2 pz. con tumore bilaterale, una recidiva lo-

cale ha richiesto una nefrectomia radicale dopo 7 e 24 mesi, in 1 caso con esame istologico definitivo di oncocitoma in 40 piccole lesioni.

2 pz. sono deceduti per recidive a distanza, il primo con un tumore di 3 cm G3pT3 dopo 15 mesi ed il secondo con un tumore di 6 cm dopo 4,5 anni, entrambi con margini chirurgici negativi. La sopravvivenza libera da malattia è stata ottenuta in 43 (89,6%) pazienti, controllati ogni 6 mesi con TAC o ecografia.

**Conclusioni:** La nostra esperienza conferma la scarsa prognosi nei pazienti pT3 e nei pazienti sottoposti a una chirurgia imperativa, tuttavia confermiamo l'indicazione a una chirurgia conservativa anche nei pazienti con tumore pT1 di oltre 4 cm.

Con la chirurgia conservativa nel tumore del rene si possono ottenere dei risultati ottimi in termini di controllo della malattia e di morbilità, in pazienti molto ben selezionati, che si presentano anche con neoplasie di diametro maggiore di 4 cm, in considerazione della buona emostasi utilizzando colle emostatiche rispetto alla semplice sutura standard.

Abstract n. 39 COMUNICAZIONE (sessione del 23/06/2009, Rene - ore 14.00 Sala Borromeo)

#### PHASE II STUDY OF SORAFENIB IN PATIENTS WITH SUNITINIB-REFRACTORY METASTATIC RENAL CELL CANCER

**Di Lorenzo G.<sup>1</sup>, Carteni G.<sup>2</sup>, Autorino R.<sup>3</sup>, Bruni G.<sup>4</sup>, Rizzo M.<sup>2</sup>, Aieta M.<sup>5</sup>, Gonnella A.<sup>1</sup>, Rescigno P.<sup>1</sup>, Perdonà S.<sup>4</sup>, Giannarini G.<sup>6</sup>, Pignata S.<sup>4</sup>, Longo N.<sup>7</sup>, Palmieri G.<sup>1</sup>, Imbimbo C.<sup>7</sup>, Mirone V.<sup>7</sup>, Sabino De Placido<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Dipartimento di Endocrinologia ed Oncologia Clinica e Molecolare, Università Federico II, Napoli, Italy; <sup>2</sup>UOC Oncologia, Ospedale Cardarelli, Napoli, Italy; <sup>3</sup>Clinica Urologica, Seconda Università degli Studi, Napoli, Italy; <sup>4</sup>UOC Oncologia Urologica, INT Fondazione "G. Pascale", Napoli, Italy; <sup>5</sup>UO Oncologia Ospedale Oncologico Regionale, Rionero in Vulture, Potenza, Italy; <sup>6</sup>UO Urologia Universitaria, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Pisa, Italy; <sup>7</sup>Sezione di Urologia, Università Federico II, Napoli, Italy

**Purpose:** No previous prospective trials have been reported with sorafenib in patients with sunitinib-refractory metastatic renal cell cancer (MRCC). We conducted a multicenter study to determine the activity and tolerability of sorafenib as second-line therapy after sunitinib progression in MRCC.

**Patients and methods:** Between January 2006 and September 2008, 52 patients were enrolled in this single-arm phase II study. All patients received sorafenib 400 mg orally bid until disease progression or intolerable toxicity. The primary end point was objective response rate (complete or partial response) evaluated every 8 weeks by use of the Response Evaluation Criteria in Solid Tumors; secondary end points were toxicity, time to progression (TTP), and overall survival (OS).

**Results:** All patients were included in response and safety analyses. Partial responses were observed in 9.6% of patients (5 of 52 patients; 95% confidence interval, 5% to 17%) after 2 cycles. Grade 1-2 fatigue, diarrhea, nausea/vomiting, rash, and neutropenia were the most common side effects, noted in 16 (30.8%), 19 (36.5%), 20 (38.5%), 19 (36.5%), and 20 (38.5%) patients, respectively. The most common grade 3 toxicity was diarrhea, noted in 6 patients (11.5%). Median TTP was 16 weeks (range, 8-40 weeks), and median OS was 32 weeks (range, 16-64 weeks).

**Conclusion:** Although being well tolerated, sorafenib shows limited efficacy in sunitinib-refractory MRCC. Further randomized trials, comparing sorafenib with other drugs that targets different biological pathways are needed to define the best second-line treatment option in these patients.

Abstract n. 40 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Vescica - ore 08.00 Sala Borromeo)  
**NEOPLASIE VESCICALI NMIBC DI ALTO GRADO: VALORE PROGNOSTICO DELLE CTC (CELLULE TUMORALI CIRCOLANTI)**

**De Berardinis E.<sup>1</sup>, Busetto G.M.<sup>1</sup>, Cristini C.<sup>1</sup>, Di Piero G.B.<sup>1</sup>, Minisola F.<sup>1</sup>, Petracca A.<sup>2</sup>, Nicolazzo C.<sup>2</sup>, Di Silverio F.<sup>1</sup>, Gazzaniga P.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia "U.Bracci" Policlinico Umberto I Sapienza Università di Roma; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Molecolare Policlinico Umberto I Sapienza Università di Roma

**Introduzione e Obiettivi:** il corretto approccio terapeutico delle neoplasie vescicali T1HG è ancora molto controverso e non predittibile basandosi su fattori prognostici clinici e patologici. Al fine di ottenere una miglior valutazione prognostica, comprendere il profilo molecolare di ogni singolo paziente, può essere rilevante per ottenere una trattamento personalizzato più efficace. Obiettivo del nostro lavoro è quello di valutare il significato prognostico delle CTC (cellule tumorali circolanti) nei tumori vescicali non muscolo invasivi ad alto grado.

**Metodi:** 54 pazienti con neoplasie NMIBC ad alto grado sono stati arruolati. Criteri ulteriori di arruolamento sono stati dimensione del tumore < 3cm, assenza di carcinoma in situ (Cis) associato e assenza di neoplasie multifocali. Il follow-up è stato di 24 mesi.

Le CTC sono state isolate da 10 cc di sangue periferico utilizzando microsferi magnetiche rivestite con un anticorpo monoclonale diretto contro un antigene epiteliale (EpCam). Dalle cellule lisate è stato estratto il poly A+ mRNA, sottoposto poi a reazione di retrotrascrizione. Allo scopo di confermare la natura epiteliale delle cellule eluite, i cDNA sono stati analizzati in PCR per la presenza di trascritti specifici per citocheratina 8 (marcatore epiteliale), CD45 (marcatore leucocitario) e survivina (marcatore di sopravvivenza delle CTC). L'analisi statistica univariata (Kaplan Meier, log rank test) è stata effettuata allo scopo di dimostrare la correlazione tra DFS e presenza di CTC.

**Risultati:** CTC sono state riscontrate in 24/54 pazienti (44%); nel 92% dei casi le CTC esprimevano survivina. La differenza nella disease free survival tra pazienti CTC+ e pazienti CTC- è statisticamente significativa ( $\chi^2$ : 28.098;  $p < 0.001$ ).

**Conclusioni:** la presenza delle CTC è un fattore prognostico aggiuntivo nei pazienti affetti da neoplasie T1HG.

Abstract n. 41 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Vescica - ore 08.00 Sala Borromeo)  
**TRATTAMENTO ENDOVESCICALE ADIUVANTE NELLE NEOPLASIE NMIBC: TEST DI CHEMIOSENSIBILITÀ**

**De Berardinis E.<sup>1</sup>, Busetto G.M.<sup>1</sup>, Cristini C.<sup>1</sup>, Di Piero G.B.<sup>1</sup>, Minisola F.<sup>1</sup>, Petracca A.<sup>2</sup>, Nicolazzo C.<sup>2</sup>, Di Silverio F.<sup>1</sup>, Gazzaniga P.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia "U.Bracci" Policlinico Umberto I Sapienza Università di Roma; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Molecolare Policlinico Umberto I Sapienza Università di Roma

**Introduzione e Obiettivi:** il trattamento endovescicale adiuvante di scelta per le neoplasie vescicali NMIBC è ancora controverso; attualmente nessun marker è disponibile per guidare la scelta terapeutica dell'urologo. Noi proponiamo il design di un nuovo test di chemiosensibilità basato sull'espressione di geni coinvolti nella resistenza ai trattamenti endovescicali standard.

**Metodi:** 64 pazienti con neoplasie vescicali non muscolo-invasive sono stati arruolati, tutti sottoposti a TURB seguita da trattamento endovescicale. Il corretto trattamento adiuvante è stato scelto in accordo con il profilo di rischio di ogni paziente. Tutti i pazienti sono stati valutati con cistoscopia a 3 e 6 mesi dopo la TURB.

Da un frammento tumorale è stato estratto l'RNA, sottoposto successivamente a retrotrascrizione e ad analisi in PCR utilizzando i seguenti geni target: multidrug resistance protein 1 (MRP1) implicato nella resistenza alla mitomicina c e alla epidoxorubicina; human equilibrative nucleoside transporter 1 (hENT1) e deossicitidinchinasi (dCK), geni chiave nel trasporto e nel metabolismo della gemcitabina;  $\alpha$ 1 e  $\alpha$ 5 integrine, che rappresentano il recettore cellulare del BCG. Il profilo di espressione genico è stato poi correlato alla risposta alla terapia adiuvante 24 mesi dopo la TURB.

**Risultati:** l'analisi genica effettuata sui campioni tumorali ci ha permesso di tracciare per ogni paziente un ipotetico profilo di chemiosensibilità. Tale profilo correla con la risposta alla terapia endovescicale in 60/64 pazienti (93%). L'analisi statistica (Kaplan Meier, Log rank test) ha evidenziato che la correlazione tra profilo di chemiosensibilità e disease free survival è statisticamente significativa ( $p < 0.001$ ).

**Conclusioni:** i nostri risultati, sebbene preliminari, incoraggiano la visione di un approccio terapeutico individualizzato con l'obiettivo di ottenere un successo terapeutico maggiore evitando la tossicità del farmaco a coloro che non sono responsivi.

Abstract n. 42 COMUNICAZIONE (sessione del 23/06/2009, Rene - ore 14.00 Sala Borromeo)  
**VALORE PROGNOSTICO DELLE CELLULE T REGOLATORIE NEL SANGUE PERIFERICO E NELL'INFILTRATO TUMORALE DI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA RENALE**

**Gacci M.<sup>1</sup>, Vittori G.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>1</sup>, Ierardi A.<sup>1</sup>, Serni S.<sup>1</sup>, Liotta F.<sup>2</sup>, Cosmi L.<sup>2</sup>, Frosali F.<sup>2</sup>, Maggi E.<sup>2</sup>, Romagnani S.<sup>2</sup>, Annunziato F.<sup>2</sup>, Carini M.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Urologia I, ospedale di Careggi, Università degli Studi di Firenze; <sup>2</sup>Excellence Center for Research, Transfer, and High Education, DENOTHE, Università degli Studi di Firenze.

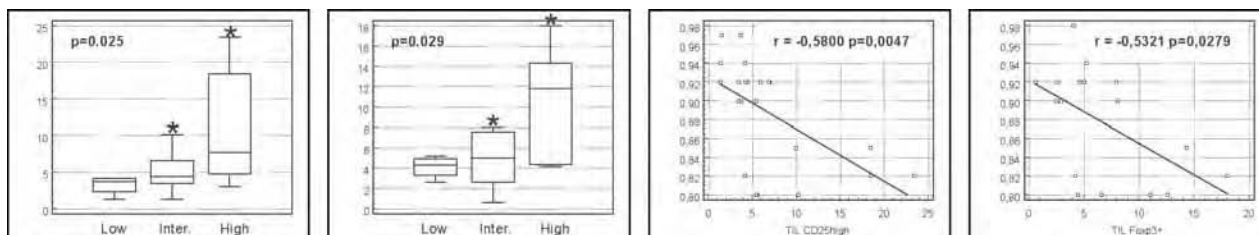
**Scopo del lavoro:** Le cellule T regolatorie (Treg), caratterizzate dall'espressione di CD25 e Foxp3, correlano con una cattiva prognosi in diverse neoplasie quali ovaio, fegato e pancreas. Recentemente Griffith a suggerito che anche per il tumore renale (RCC) l'elevata frequenza di Treg nel sangue periferico possa risultare associata a minor sopravvivenza ed elevato rischio di recidiva [Griffiths R. Cancer immunol immunother 56: 1743-1753, 2007].

Scopo del presente studio è valutare il valore prognostico delle concentrazioni di Treg a livello del sangue periferico e dell'infiltrato tumorale di pazienti affetti da RCC.

**Materiali e Metodi:** Abbiamo selezionato 30 pazienti (13 uomini e 17 donne, età media 65.5) sottoposti a nefrectomia per ETP rene. Sono state valutate le concentrazioni di Treg nel sangue periferico (SP) e nell'infiltrato (TIL), con citofluorimetria per CD25 e Foxp3. Per ogni paziente abbiamo calcolato il rischio di recidiva, mediante l'UCLA risk (basso, intermedio, alto) ed il nomogramma di KATTAN (probabilità di essere liberi da malattia a 5 aa). Abbiamo quindi determinato il valore prognostico delle concentrazioni di Treg nel SP e TIL con T test per l'UCLA e coefficiente di Pearson per KATTAN.

**Risultati:** Non abbiamo riscontrato dati significativi per quanto riguarda il CD25 sul SP; al contrario il Foxp3 correla sia con l'UCLA RISK ( $p = 0.017$ ) che con il nomogramma di Kattan ( $p = 0.0269$ ) a livello periferico. Sul TIL sono stati raggiunti elevati livelli di significatività sia per CD25 che per Foxp3 con entrambi i modelli predittivi (Figura 1: UCLA per CD25; Figura 2: UCLA per Foxp3; Figura 3: Kattan per CD25; Figura 4: Kattan per Foxp3).  
**Discussione:** I livelli di significatività raggiunti da Foxp3 a livello periferico, sono perfettamente sovrapponibili a quelli riscontrati a livello dell'infiltrato ( $p = 0.0269$  versus  $p = 0.0279$ ); questo dato sottolinea l'importanza del Foxp3 come marker delle cellule Treg.





Le concentrazioni di Treg a livello dell'infiltrato tumorale di pazienti affetti da RCC sembrano avere un ruolo prognostico determinante: alte concentrazioni sono associate ad un elevato rischio di recidiva (UCLA) e bassa probabilità di sopravvivenza libera da malattia a 5 anni dall'intervento (KATTAN).

Messaggio conclusivo: Il dosaggio delle Treg Foxp3+ a livello del sangue periferico può rappresentare un possibile marker di prognosi nel RCC. Alte concentrazioni di Treg a livello dell'infiltrato tumorale rappresentano un fattore prognostico negativo.

Abstract n. 43 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**MOVIMENTO DELLA PROSTATA E DELLE VESCIOLE SEMINALI IN RELAZIONE ALLO STATO DI RIEMPIMENTO DELLA VESCICA DURANTE IL TRATTAMENTO RADIANTE**  
**Cambria R.<sup>1</sup>, Jereczek-Fossa B.A.<sup>2,3</sup>, Zerini D.<sup>2</sup>, Garibaldi C.<sup>1</sup>, Cattani F.<sup>1</sup>, Ciocca M.<sup>1</sup>, Serafini F.<sup>2</sup>, Matei D.V.<sup>4</sup>, de Cobelli O.<sup>5</sup>, Pedrolì G.<sup>1</sup>, Orecchia R.<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup>Fisica Sanitaria; <sup>2</sup>Div. Di Radioterapia 5 Div. Di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, via Ripamonti 435, Milano, Italia; <sup>3</sup>Università degli Studi di Milano, via Festa del Perdono 3, Milano, Italia; <sup>4</sup>Divisione di Urologia Oncologica Robotizzata, Ospedale Classificato S. Giuseppe, Via S. Vittore 12, Milano, Italia

**Introduzione:** Nella radioterapia a fasci esterni (RTE) radicale per il CaP non esistono, attualmente, linee guida che riguardano lo stato di riempimento vescicale. Nella pratica clinica, tuttavia, si ritiene che l'indicazione della vescica vuota porti a una maggior ripetibilità della topografia interna degli organi durante il trattamento. Tale condizione può risultare limitante nel caso di dose escalation e obbliga a effettuare il trattamento con la vescica piena al fine di limitare le tossicità GU. Presso il nostro Istituto dove la dose di terapia prescritta è di 76-80 Gy equivalenti, il trattamento viene effettuato con la vescica piena. In questo caso la dose erogata all'organo è relativamente minore ma espone potenzialmente al cambio della topografia relativa degli organi. Scopo di questo studio è quello di valutare lo spostamento della ghiandola prostatica dovuto alle sole variazioni di riempimento della vescica urinaria.

Pazienti e metodi: Ventisei pazienti successivi programmati per RTE radicale sono stati inclusi nello studio. I dati clinici dei pazienti sono riassunti nella seguente tabella.

Età media media (range)	Categoria di rischio * (pz)			GS media (range)	iPSA media (range)
	Basso	Intermedio	Alto		
71 (45-83)	5	12	8	7 (6-8)	11 (2,2-40)

\*NCCN - National Comprehensive Cancer Network

I pazienti hanno eseguito la TC il giorno della simulazione del trattamento e quindi al raggiungimento della dose di 40Gy. Ogni volta sono state acquisite scansioni con la vescica piena e successivamente dopo lo svuotamento. Il contornamento è stato effettuato da un solo radioterapista, al fine di minimizzare le differenze fra operatore.

**Risultati:** Sono stati esclusi i casi in cui la variabilità volumetrica

e di forma del retto influenzava la posizione della ghiandola e delle vescicole seminali e quelli con il rapporto volumetrico fra vescica vuota e piena > 0,5. Nella seguente tabella sono riassunti i volumi vescicali e i rapporti fra volume "vuoto" e "pieno" (Vv/p) nelle singole serie di TC dei 19 pazienti considerati per l'analisi.

	TC1 (v. piena) media (intervallo)	TC2 (v. vuota) media (intervallo)	TC3 (v. piena) media (intervallo)	TC4 (v. vuota) media (intervallo)
Volume (cc)	328 (651-102)	95 (213-33)	225 (498-92)	72 (145-26)
V <sub>v</sub> /p (valore medio)		0,30		0,36

Gli spostamenti volumetrici sono stati valutati in termini dello spostamento del centro di massa del volume clinico bersaglio (CTV). I CTV considerati sono: la prostata (p), la prostata più le vescicole seminali (p+vs) e le sole vescicole seminali (vs). Questi sono stati misurati serie per serie (quindi fra CT 1 e 2 e fra CT 3 e 4). I risultati sono riportati nella seguente tabella (media dello spostamento del centro di massa e relativa SD), per i differenti CTV e per le singole direzioni, latero-laterale (LL), antero-posteriore (AP) e cranio-caudale (CC).

CTV	LL (mm)	AP (mm)	SI (mm)
p+vs	0.45 ± 1.37	0.55 ± 1.82	0.05 ± 1.69
P	0.10 ± 0.88	1.60 ± 2.17	0.00 ± 2.01
vs	0.05 ± 1.25	2.20 ± 2.33	0.00 ± 1.83

**Conclusioni:** Questo studio mostra che gli spostamenti dei CTV, dovuti alla sola variabilità del volume vescicale, sono sensibilmente inferiori ai margini impiegati per tener conto del movimento d'organo. Gli spostamenti più evidenti sono stati in direzione AP. Le vescicole seminali rappresentano il volume clinico il cui spostamento è più influenzato dalle variazioni volumetriche della vescica. Il mantenere dunque, la vescica piena durante la terapia, non influisce sull'efficacia del trattamento ma aiuta a mantenere tassi di tossicità GU bassi.

Abstract n. 44 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**IMPIEGO DELLA FINASTERIDE PER MIGLIORARE L'ACCURATEZZA DEL PSA NELLA DIAGNOSI PRECOCE DEL CARCINOMA PROSTATICO**

**Oderda M., Mondino P., Fiorito C., Zitella A., Tizzani A., Gontero P.**

Università degli Studi di Torino, Az. Osp. S. Giovanni Battista Molinette, Urologia <sup>1</sup>, Torino

**Introduzione e Obiettivi:** Secondo recenti analisi effettuate su pazienti arruolati nel Prostate Cancer Prevention Trial (PCPT), la finasteride sembrerebbe migliorare l'accuratezza del PSA nella diagnosi del carcinoma di prostata. Tuttavia, il PCPT è stato disegnato specificamente per valutare l'efficacia della finasteride

nella chemioprevenzione del carcinoma prostatico, e non per misurare la performance del PSA nel gruppo in terapia. Il nostro studio valuta in modo prospettico l'accuratezza diagnostica del PSA in pazienti con una precedente biopsia prostatica negativa, posti in terapia con finasteride per 6 mesi.

**Metodi.** Una serie consecutiva di 94 pazienti con biopsia prostatica negativa per carcinoma prostatico e/o con HGPIN (ASAP esclusi) è stata sottoposta a terapia per 6 mesi con finasteride 5 mg/die e a valutazione seriata del PSA basale, a 1, 3 e 6 mesi di terapia. Dopo i 6 mesi di terapia, tutti i pazienti sono stati sottoposti a rebiopsia, indipendentemente dalla cinetica del PSA. Abbiamo comparato le cinetiche del PSA ai risultati della rebiopsia, per verificare se il mancato dimezzamento del PSA dopo 6 mesi di terapia con finasteride sia associato effettivamente a presenza di un carcinoma prostatico non diagnosticato alla biopsia precedente. L'obiettivo primario dello studio è stato il calcolo delle curve ROC del PSA sotto l'influenza della finasteride, per valutarne sensibilità e specificità nella diagnosi precoce del tumore di prostata.

**Risultati:** L'età media dei pazienti è risultata 67.3 anni (65.9-68.7). Il PSA medio è risultato 6.69 ng/ml (6.05-7.34). Ad oggi, 46 pazienti hanno completato lo studio con la rebiopsia, e 7 sono stati persi al follow-up per scarsa compliance. Tra i 46 pazienti rebiopsiati, sono stati riscontrati 8 adenocarcinomi. Il PSA

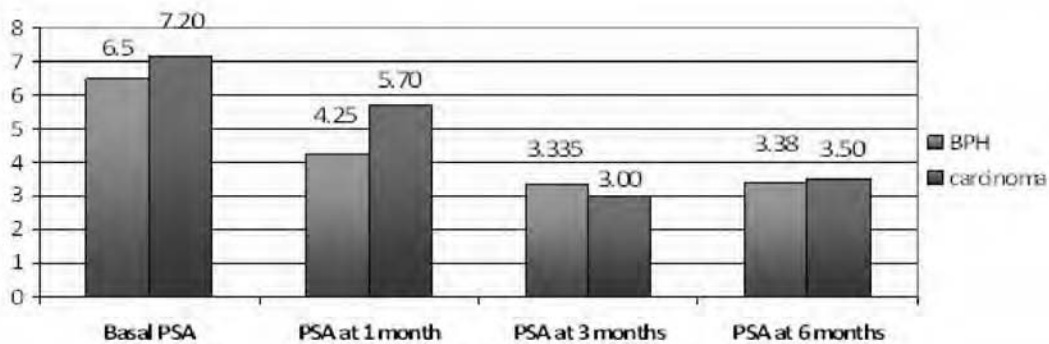
(valori mediani) è diminuito in modo simile sia nei pazienti in cui alla rebiopsia è stato trovato il tumore di prostata, sia in coloro in cui la rebiopsia ha dato esito nuovamente negativo (FIGURA 1). Tra i due gruppi non è stata trovata una differenza statisticamente significativa. Le aree sottese dalla curva ROC del PSA all'inizio dello studio e dopo i 6 mesi di terapia con finasteride sono risultate, rispettivamente, 0.518 e 0.558 (FIGURA 2). La differenza tra le due aree non è statisticamente significativa.

**Conclusioni:** I risultati del nostro studio dimostrano una bassa accuratezza diagnostica dello stesso PSA sulla popolazione con biopsia prostatica negativa e persistente dubbio diagnostico. Anche l'impiego della finasteride non consente diagnosi più accurate in questo gruppo di pazienti, che continua a rappresentare un dilemma dal punto di vista diagnostico e terapeutico.

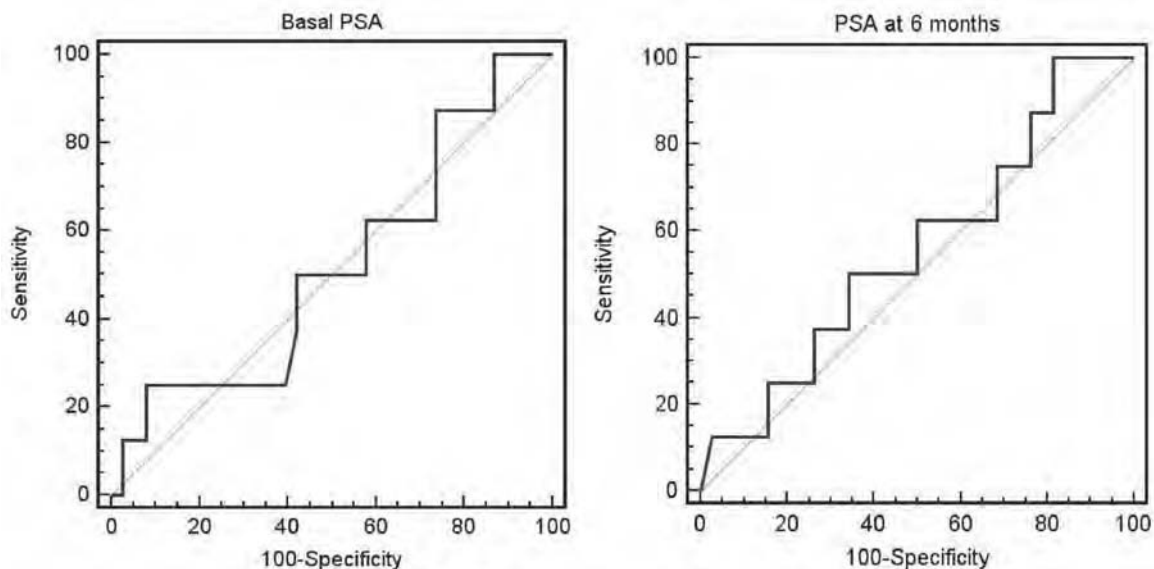
**Bibliografia**

1. Thomson IM, Chi C, Ankerst DP, Goodman PJ, Tangen CM, Lippman SM, Lucia MS, Parnes HL, Coltman CA. Effect of finasteride on the sensitivity of PSA for detecting prostate cancer. *J Natl Cancer Inst* 2006, 98 (16): 1128-33.
2. Ian M. Thompson, M.D., Phyllis J. Goodman, M.S., Catherine M. Tangen, Dr.P.H., M. Scott Lucia, M.D., Gary J. Miller, M.D., Ph.D., Leslie G. Ford, M.D., Michael M. Lieber, M.D., R. Duane Cespedes, M.D., James N. Atkins, M.D., Scott M. Lippman, M.D., Susie M.

**Figura 1.** Median PSA level at study onset and at a 1,3 e 6 months.



**Figura 2.** Comparison between ROC curve of basal PSA and ROC curve of PSA after 6 months of therapy with finasteride.



Carlin, B.A., Anne Ryan, R.N., Connie M. Szczepanek, R.N., B.S.N., John J. Crowley, Ph.D., and Charles A. Coltman, Jr., M.D.: *The Influence of Finasteride on the Development of Prostate Cancer. N Engl J Med* 2003; 349:215-224, Jul 17, 2003

3. Puppo P. Repeated negative prostate biopsies with persistently elevated or rising PSA: a modern urologic dilemma. *Eur Urol* 2007; 52: 639-641

4. Rittmaster RS, Fleshner NE, Thompson IM. *Pharmacological approaches to reducing the risk of prostate cancer. Eur Urol* 2009.

5. Handel LN, Agarwal S, Schiff SF, Kelty PJ, Cohen SI. *Can effect of finasteride on prostate-specific antigen be used to decrease repeat prostate biopsy? Urology* 2006, 68: 1220-1223.

6. Kaplan SA, Ghafar MA, Volpe MA, Lam JS, Fromer D, Te AE. *PSA response to finasteride challenge in men with a serum PSA greater than 4 ng/ml and previous negative prostate biopsy: preliminary study. Urology* 2002, 60: 464-468.

Abstract n. 46 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Pene e testicolo - ore 08.00 Sala Visconti)  
**RISULTATI A LUNGO TERMINE DELLA LINFADENECTOMIA RETROPERITONEALE LAPAROSCOPICA PER TUMORI NON SEMINOMATOSI DEL TESTICOLO: 1999-2002**  
**Pizzocaro G.\*, Schiavo M.\*, Solima E.\***

\*Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

*Introduzione e Obiettivi:* Le prime linfadenectomie retroperitoneali laparoscopiche (L.RPLND) per tumori non seminomatosi (NSGCT) del testicolo risalgono al 1994 (1).

Valutiamo in questa sede i risultati della nostra esperienza nei primi 40 casi operati in stadio clinico I e II A&B dal 1999 al 2002. Metodi: dopo un training laparoscopico concluso con un soggiorno a Innsbruck, P.G.

ha eseguito gli interventi con la collaborazione dei laparoscopisti non urologi operanti in Istituto: S.M e S.E. Dei 40 pazienti operati, 32 erano al I stadio clinico e 8 al II stadio A&B con adenopatie residue dopo chemioterapia. Inizialmente, sono stati operati solo pazienti con neoplasia dal lato sin., successivamente anche 10 con neoplasia destra. I pazienti sono stati posizionati a 60 gradi, con 2 porte da 10 mm (paraombelicale e pararettale inferiore) e 2 porte da 5 mm. (pararettale superiore e a metà dell'ascellare media). Mobilizzato il colon fino a visualizzare l'aorta, i vasi renali, iliaci e l'anello inguinale interno, il pacchetto linfonodale veniva asportato in blocco con i vasi spermatici. La dissezione dx era più complessa per la posizione della cava, circondata dai linfonodi paraaortici e la difficoltà dell'accesso ai linfonodi retrocavali.

*Risultati:* la durata dell'intervento è variata da 2 a 5 ore, con mediana di 4 per gli interventi eseguiti dopo chemioterapia e di 3 al I stadio clinico. La degenza media è stata di 4 giorni, variabile da 2 a 15. Le complicanze sono state 3 nei 32 pz al I stadio clinico (un PNX post-op e 2 lesioni venose, con conversione per emostasi) e 2 negli 8 pazienti al II stadio (una perdita di chilo postoperatoria ed una tenace fibrosi retroperitoneale). Dei 32 pazienti al I stadio clinico, 9 (29%) avevano metastasi linfonodali: 1 nei 18 pz T1N0 e 8 nei 14 di categoria Tx,T2 e Tis. Degli 8 pazienti operati dopo chemioterapia, 4 avevano teratoma maturo residuo e gli altri 4 fibrosi e necrosi.

I primi 2 pazienti con metastasi retroperitoneali non sono stati trattati con chemioterapia adiuvante in quanto non in uso in Istituto dopo chirurgia laparotomica (2). Questi due pazienti sono ricaduti dopo 3-5 mesi con metastasi epatiche, del tutto inconsuete in questa patologia (3). Entrambi sono stati sottoposti a chemioterapia intensiva con remissione completa in un paziente e parziale nell'altro, operato di epatectomia per teratoma residuo. Questi due pazienti sono tuttora vivi e liberi da malattia. Di conseguenza, gli altri pazienti N+ sono stati trattati con 2 cicli di chemioterapia adiuvante senza alcuna ricaduta. I pazienti con

teratoma maturo residuo dopo chemioterapia non hanno ricevuto alcun ulteriore trattamento dopo chirurgia.

Tutti i 40 pazienti risultano vivi e liberi da malattia.

*Conclusioni:* la L.RPLND per tumori non seminomatosi del testicolo è un intervento molto impegnativo e non risolutivo in caso di metastasi linfonodali attive. Probabilmente, le manipolazioni operatorie e la pressione endoaddominale favoriscono la diffusione tumorale nel peritoneo viscerale e quindi l'assorbimento per via portale. Pertanto si ricorre alla somministrazione di 2 cicli di chemioterapia adiuvante nei casi N+ (3). Inoltre, la L.RPLND dx può essere insufficiente per i linfonodi retrocavali (4), anche se a Innsbruck eseguono la L.RPLND nerve sparing bilaterale (5).

#### Bibliografia

1. Janetschek G. et al., *Urol.* 1994; 44:382.
2. Nicolai et al, *J.Urol.*, 2004; 171:172.
3. Pizzocaro G. et al. *J.Urol.* 2006; 177S:331.
4. Hoeltl L. *Urol.* 2002; 59:114.
5. Steiner H., *J.Urol.* 2008; 180:1348.

Abstract n. 47 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

#### SINGLE PORT ADRENALECTOMY

**Stefano Gidaro<sup>1,2</sup>, Fabiola R. Tamburro<sup>1</sup>, Luigi Schips<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Ospedale S. Pio da Pietrelcina, Vasto (CH), Italia; <sup>2</sup>Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Sperimentali, Università Chieti-Pescara, Chieti, Italy

*Background:* Third-generation laparoscopy is one of the more interesting surgical advances for urological diseases. No single port laparoscopic adrenalectomy series was described

*Objective:* To report the first single port laparoscopic adrenalectomy surgical series by the use of TriPortTM multilumen trocar. Design, Setting, and Participants. Prospective study, single centre surgical series of single port laparoscopic adrenalectomy (September 2008-January 2009) for incidentally discovered non-functional adrenal masses. Demographics, perioperative and pathological records of three patients were collected.

*Surgical procedure:* Through a 3-cm single subcostal incision TriPortTM multilumen trocar was placed into the abdominal cavity as described by the manufacturer. A 10mm 30° optic and two 5mm instrument were used. The adrenal vessels were ligated using 5mm clips. The dissection was done using harmonic scalpel. The specimens were extracted via a 10mm bag placed instead of the optic.

*Measurements:* ASA class risk, operative time, estimated blood loss, perioperative complications, transfusion requirement, serum haemoglobin decrease, analgesic requirement, length of stay, size of the skin incision, final pathology and Visual Analog Pain Scale.

*Results and Limitations.* TriPortTM adrenalectomy was completed in all cases successfully. The mean operative time was 200min (mean blood loss 40ml). No major perioperative complications were recorded. The mean hospital stay was 3.3days, range 3-4. No extension of fascial incisions was needed for specimen retrieval. One patient required analgesics; the mean post-operative and prior-to-discharge VAS scores were 4.6 and 0.6, respectively. Pathology examination confirmed 1 adenoma, 1 myelolipoma and 1 lung cancer metastasis. This small series of a new surgical procedure needs prospective studies to assess the equivalence or superiority in comparison with standard procedures.

*Conclusions:* In this report we showed a series of 3 adrenalectomy using TriPortTM. In our opinion it is feasible, safe, with fa-

vourable perioperative and short-term outcomes. It's technically more challenging than straight standard laparoscopy and requires advanced surgical skills.

Abstract n. 48 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostatea 3 - ore 08.00 Sala Visconti)

**PET (METIONINA) ED RMN DINAMICA CON SPETTROSCOPIA (COLINA) NELLA VALUTAZIONE DEL BOUNCE DEL PSA IN PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA (ca.P.) SOTTOPOSTI A 3D-CRT A DOSI DI RADICALITÀ**  
 Villa S.<sup>1</sup>, Bedini N.<sup>1</sup>, Stagni S.<sup>2</sup>, BIASONI D.<sup>2</sup>, Crippa F.<sup>1</sup>, Messina A.<sup>1</sup>, Colecchia M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia;

<sup>2</sup>Dipartimento di Chirurgia – SC Oncologia Chirurgica Urologica;

<sup>3</sup>Dipartimento di Patologia

**Introduzione e Obiettivi:** Il dosaggio del PSA rappresenta la metodica di più comune impiego per il monitoraggio dei pazienti con ca.P. trattati con 3D-CRT a dosi di radicalità. Tuttavia, nel corso del follow up (FU) non è infrequente osservare elevazioni del PSA (bounce) di non univoca interpretazione. D'altra parte, il riconoscimento precoce di una persistenza o ripresa solo locale di malattia, candida il paziente ad un ritrattamento (prostatectomia, HIFU, Crioterapia) con elevate probabilità di risoluzione completa. Le convenzionali tecniche di imaging (TRUS, TC) non si sono dimostrate in grado di distinguere tra queste due condizioni per valori di PSA < 4 ng/ml. Obiettivo principale di questo studio è stata la valutazione dell'efficacia delle nuove tecniche di imaging nell'identificazione della persistenza o ripresa locale di malattia.

**Metodi:** Dal giugno 2007 all'aprile 2008, sono stati identificati 15 pz, seguiti in FU per almeno 18 mesi dal termine della RT, con le seguenti caratteristiche: classe di rischio bassa (10 pz) o intermedia (5 pz) definite secondo i criteri NCCN 2002, pregressa 3D-CRT condotta a dosi di radicalità (>70 Gy), nPSA > 1,0 ng/ml e/o 3 risalite consecutive di PSA con un intervallo di raddoppiamento > 12 mesi, DRE negativa. Lo schema dello studio prevedeva l'esecuzione della PET (C-11 MET), della RMN dell'addome inferiore con e senza m.d.c associata a valutazione dinamica e spettroscopica (colina) e la re-biopsia prostatica transrettale ecoguidata con tecnica a sestanti ed il prelievo di un numero di campioni compreso tra 6 e 10 in funzione delle dimensioni della ghiandola. Le immagini PET sono state valutate da un singolo operatore, mentre i referti RMN sono stati prodotti da 2 specialisti. La valutazione istologica dei campioni è stata eseguita da un singolo patologo.

**Risultati:** Il FU medio al momento dell'arruolamento nello studio è stato di 47 mesi (md 48 mesi; range 19-72). Il valore medio di PSA è stato di 2,58 ng/ml (range 1,12 – 4,80). La PET è stata eseguita in tutti i pazienti. Un paziente non è stato sottoposto a RMN e re-biopsia in quanto la PET aveva identificato una ripresa di malattia a livello linfonodale. In un caso non si è proceduto a re-biopsia in quanto la PET e la RM hanno identificato una localizzazione ripetitiva al bacino. Quindi, 13/15 pz (86,5%) hanno completato lo schema di rivalutazione e sono risultati valutabili. 7/13 pz (53,8%) presentavano una o più captazioni intraprostatiche alla PET, ma solo in 3 casi (23,1%) è stata ottenuta la conferma istologica mentre per 2 pz con riscontro biptico positivo non è stata rilevata captazione intraprostatica (40% di falsi negativi). In 9/13 pz (69,2%) sono state riconosciute un'alterazione sia dinamica che spettroscopica alla RMN ed in 5 casi (38,5%) è stata ottenuta la conferma istologica. D'altra parte, tutti i pazienti con riscontro biptico positivo presentavano significative alterazioni nella valutazione dinamica e spettroscopica (0% di falsi negativi).

**Conclusioni:** Questo studio, che ha comportato la valutazione di

un campione limitato ma omogeneo di pazienti con una sfavorevole cinetica del PSA in corso di FU radioterapico, sembra indicare che la PET (C-11 MET) dimostri una minore sensibilità rispetto alla valutazione RMN (dinamica e spettroscopica) nell'identificazione precoce delle recidive biochimiche post-RT.

Abstract n. 49 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**MICRO-TESE IN PAZIENTI CON AZOOSPERMIA SECONDARIA A TERAPIA ANTINEOPLASTICA: UNA TECNICA SICURA ED EFFICACE**

Rolle L., Carlo C., Timpano M., Negro C., Destefanis P., Buffardi A., Schillaci C., Galletto E., Fontana D.

Divisione Universitaria di Urologia 2 – A.S.O. San Giovanni Battista "Molinette" – Torino – Dir. Prof. D. Fontana

**Introduzione e Obiettivi:** Grazie ai miglioramenti della diagnostica ed ai progressi terapeutici, molti tumori "giovani" hanno oggi ottime possibilità di guarigione. Fino ad un terzo di questi soggetti presenta tuttavia un quadro di azoospermia al momento della ricerca di prole.

Abbiamo considerato retrospettivamente, nella nostra casistica di recupero chirurgico di spermatozoi dal parenchima testicolare (TeSE, microTeSE) in soggetti azoospermici, il gruppo di pazienti precedentemente sottoposti a terapie oncologiche ed abbiamo valutato criticamente i risultati in termini di sperm retrieval rate.

**Materiali e Metodi:** Sono stati considerati tra i 195 pazienti azoospermici sottoposti, presso il Nostro Centro, a prelievo di gameti in previsione di tecniche di fecondazione assistita (ICSI) dal gennaio 2003 all'aprile 2008, 15 pazienti (7,6% sul totale) con anamnesi positiva per neoplasia ed eventuale trattamento adiuvante. Sei presentavano un pregresso linfoma di Hodgkin trattato con chemioterapia (+/- RT), 5 con pregresso carcinoma testicolare (4 seminomi ed 1 NSGCT) trattati con chirurgia (+ radioterapia per i seminomi e CT + RPLND per il paziente con NSGCT), 1 presentava un pregresso osteosarcoma trattato con chemioterapia e radioterapia, 1 presentava un pregresso tumore di Wilms trattato chirurgicamente e con cicli di chemioterapia, uno presentava un pregresso astrocitoma cerebrale trattato con CT ed infine uno con carcinoma della tiroide (chirurgia + radioiodoterapia).

I pazienti sono stati valutati preoperatoriamente con, pattern ormonale, volume testicolare, ecotomografia scrotale ed indagini genetiche.

Gli spermatozoi eventualmente recuperati sono stati crioconservati in previsione di ICSI.

**Risultati:** Dal punto di vista istologico: 6 casi presentavano spermatogenesi conservata (in un caso associata ad arresto maturativo spermatidico), 7 casi sindrome a sole cellule di Sertoli (in un caso con aree di focali spermatogenesi), un caso ipospermatogenesi ed infine un caso arresto maturativo. Il JS medio complessivo è di 5,2; il JS dei pazienti con SSR + è di 8,3, mentre nei pazienti con SRR - è di 2,59.

Lo sperm retrieval rate complessivo è del 53% (8/15). Non sono state registrate né complicanze immediate, né a distanza.

Tra il gruppo di pazienti con sperm retrieval rate positivo, attualmente sono stati eseguiti quattro cicli di ICSI; in due coppia si è verificata una gravidanza interrotta, in un caso non si è verificato lo sviluppo dell'embrione, in un caso è stato concepito un figlio maschio sano.

**Conclusioni:** In base ai nostri risultati, in linea con quelli della letteratura, si può concludere che il tentativo di recupero di spermatozoi mediante I-TeSE ha successo in più della metà dei pazienti azoospermici già trattati per neoplasia. Purtroppo la nostra casistica risulta ancora troppo limitata per poter trarre conclusioni sull'efficacia della ICSI in tali soggetti, sebbene i dati della letteratura siano incoraggianti.

Abstract n. 50 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**RADIOCHIRURGIA ROBOTICA CON CYBERKNIFE COME TERAPIA DI SALVATAGGIO PER LA RECIDIVA LOCALE DEL CARCINOMA PROSTATICO DOPO RADIOTERAPIA A FASCI ESTERNI: STUDIO RETROSPETTIVO DI FATTIBILITÀ SU 6 PAZIENTI**

Vavassori A.<sup>1</sup>, Alicja Jereczek-Fossa B.<sup>1,5</sup>, Beltramo G.<sup>3</sup>, De Cicco L.<sup>1</sup>, Fariselli L.<sup>3</sup>, Bianchi L.C.<sup>3</sup>, Possanzini M.<sup>3</sup>, Bergantin A.<sup>4</sup>, De Cobelli O.<sup>2,5</sup>, Orecchia R.<sup>1,5</sup>

<sup>1</sup>Divisione di Radioterapia; <sup>2</sup>Urologia Dell'Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>3</sup>Divisione di Radioterapia; <sup>4</sup>Fisica Sanitaria, Centro Diagnostico Italiano, Milano; <sup>5</sup>Università degli Studi di Milano

**Scopo:** Valutare l'uso della radiochirurgia robotica con Cyberknife per la reirradiazione di pazienti affetti da recidiva locale di adenocarcinoma prostatico dopo pregressa radioterapia a fasci esterni.

**Materiali e Metodi:** Da settembre 2007 a maggio 2008 6 pazienti affetti da recidiva locale di adenocarcinoma prostatico dopo radioterapia a fasci esterni sono stati trattati con Cyberknife, con una dose totale di 30 Gy in 5 frazioni. Quattro pazienti avevano un trattamento ormonale già in corso quando hanno iniziato il trattamento con Cyberknife.

Il controllo biochimico di malattia è stato definito sia secondo la definizione ASTRO 1997 (3 rialzi consecutivi del PSA dopo il PSA nadir) che secondo la definizione Houston-Phoenix (valore di PSA di 2 ng/ml oltre il PSA nadir).

**Risultati:** Il follow-up mediano è stato di 10 mesi (range 7-14). Tutti i pazienti sono vivi senza alcuna evidenza di tossicità urinaria e rettale severa. Il controllo locale non è al momento valutabile con precisione sia per il follow-up ancora troppo breve sia per l'uso di terapia ormonale in 4 dei 6 pazienti.

**Conclusioni:** La radiochirurgia di salvataggio con Cyberknife per recidiva locale di neoplasia prostatica dopo una pregressa radioterapia è risultata essere fattibile con una bassa morbilità a livello urinario e rettale. Un follow-up più lungo ed un maggior numero di pazienti saranno comunque necessari per valutarne l'efficacia in termini di controllo di malattia.

Abstract n. 51 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Prostata 1 - ore 14.00 Sala Visconti)

**CONCORDANZA DEI REPORT PATOLOGICI NELLE REVISIONI DELLE BIOPSIE PROSTATICHE DI PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA INCLUSI IN PROTOCOLLI DI SORVEGLIANZA ATTIVA PRESSO L'ISTITUTO DEI TUMORI DI MILANO**

Colecchia M.<sup>1</sup>, Nicolai N.<sup>2</sup>, Stagni S.<sup>2</sup>, Biondi D.<sup>2</sup>, Torelli T.<sup>2</sup>, Salvioni R.<sup>2</sup>, Magnani T.<sup>3</sup>, Rancati T.<sup>3</sup>, Villa S.<sup>4</sup>, Bedini N.<sup>4</sup>, Valdagni R.<sup>3</sup>

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; <sup>1</sup>Dipartimento di Patologia; <sup>2</sup>UO Urologia; <sup>3</sup>Programma Prostata; <sup>4</sup>Radioterapia

**Introduzione:** I protocolli di sorveglianza attiva sono finalizzati ad evitare gli effetti di un possibile sovratrattamento in pazienti con neoplasia prostatica ritenuta clinicamente indolente. I criteri di inclusione in questi protocolli (attualmente attivo il protocollo europeo PRIAS) prevedono alcune caratteristiche istopatologiche che, nel caso di esami effettuati in altre strutture sanitarie, richiedono una verifica attraverso la revisione dei preparati istologici. **Metodi:** 120 pazienti sono stati inseriti in protocolli di sorveglianza attiva presso l'IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; dal 2007 51 pazienti sono stati reclutati nel protocollo PRIAS, che prevede quali criteri di inclusione il consenso infor-

mato, adeguato campionamento biptico, PSA  $\leq$  10 ng/ml, stadio clinico  $\leq$  pT2 o inferiore, e i seguenti criteri istopatologici: a) massimo 2 frammenti biptici interessati dalla neoplasia; b) score di Gleason  $\leq$  3+ $\leq$  3. Biopsie prostatiche di 43 pazienti (43/51=86%) provenienti da 25 ospedali sono state revisionate dal responsabile della diagnostica uro-patologica dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano (MC). Sono state valutati i seguenti parametri di concordanza basati sui report patologici di invio e "second opinion": A) concordanza nella diagnosi di adenocarcinoma o di PIN; B) invio di biopsie e conseguente refertazione differenziata per sedi di prelievo; C) concordanza del grading (score secondo Gleason); D) concordanza della quantificazione del frammento biptico interessato da neoplasia (entro un margine di variazione del 10%) o assenza della quantificazione. **Risultati:** Il numero di prelievi agobiopici, variabile da 8 a 22, è risultato adeguato per il volume prostatico. Nei 43 casi revisionati sono state riscontrate 19 gravi non concordanze relative a 15 pazienti. In cinque casi i prelievi sono pervenuti non differenziati per sede di prelievo, con indicazione solo del lobo. In quattro pazienti (9,5%) non c'è stata concordanza nella diagnosi: in due pazienti non era stato individuato un focolaio di adenocarcinoma infiltrante in sede diversa dalla prima correttamente individuata. Un focolaio di PIN di alto grado è stato erroneamente diagnosticato adenocarcinoma score 3+3, ed in un paziente portatore di adenocarcinoma Gleason 3+3 è stato erroneamente riferito un focolaio di adenocarcinoma infiltrante in un secondo frammento. Non concordanza nel grading è stata verificata in tre pazienti (7%), tutti revisionati con GPS 3+3: il referto originale originale riportava un grado 1 in un caso e 3+2 negli altri due pazienti. In 6 diagnosi (13,5%) non è stata riportata la percentuale di coinvolgimento neoplastico dei frammenti biptici.

**Conclusioni:** In ben 15 (33%) pazienti sono state registrate non concordanze relative ai criteri tra il report patologico di invio e la revisione eseguita. Il mancato resoconto della percentuale od estensione di interessamento del frustolo costituisce la più frequente mancanza nei report originali. La nostra analisi contribuisce a sottolineare la necessità riportata in letteratura<sup>1</sup> di una maggiore riproducibilità interosservatore nell'analisi delle biopsie prostatiche che potrà essere ottenuta da patologi dediti all'uro-patologia o sensibilizzati all'osservanza di linee guida condivise come richiesto nei protocolli di sorveglianza attiva.

1. Renshaw AA, Schultz D, Cote K: Accurate Gleason grading of prostate adenocarcinoma in prostate needle biopsies by general pathologists. Arch Pathol Lab Med 127:1007, 2003.

Abstract n. 52 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Prostata 1 - ore 14.00 Sala Visconti)

**L'UTILIZZO DELL'ECO-COLOR DOPPLER ASSOCIATO O MENO AL MEZZO DI CONTRASTO ECOGRAFICO (SONOVUE TM) NON MODIFICA LA DETECTION RATE RISPETTO ALLA BIOPSIA SISTEMATICA**

Taverna G.L.<sup>1</sup>, Morandi G.<sup>2</sup>, Grizzi F.<sup>3</sup>, Seveso M.<sup>1</sup>, Benetti A.<sup>1</sup>, Corinti M.<sup>1</sup>, Piccinelli A.<sup>1</sup>, Giusti G.<sup>1</sup>, Minuti F.<sup>3</sup>, Zandegiacomo S.<sup>1</sup>, Maugeri O.<sup>1</sup>, Franceschini B.<sup>3</sup>, Graziotti P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istituto Clinico Humanitas, U.O. di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Clinico Humanitas, U.O. di Ecografia; <sup>3</sup>Istituto Clinico Humanitas, Direzione Scientifica

**Introduzione e Obiettivi:** L'eco-color doppler associato o meno alla somministrazione endovenosa di mezzo di contrasto SonoVue TM si è dimostrato utile nell'aumentare la detection rate di neoplasia prostatica rispetto alla biopsia sistematica. Presso il nostro Istituto abbiamo condotto uno studio prospettico randomizzato per verificare eventuali differenze nella detection rate tra utilizzo dell'ecocolor doppler senza e con m.d.c. SonoVue TM e la biopsia sistematica con 13 prelievi.

Metodi: 300 pazienti con esplorazione rettale ed ecografia prostatica trans-rettale negative e PSA compreso fra 2.5 e 9.9 ng/ml sono stati randomizzati in 3 gruppi: 100 pz (gruppo A) sono stati sottoposti ad agobiopsie prostatiche sistematiche (13 prelievi); 100 pz (gruppo B) sono stati sottoposti contestualmente prima a ecodoppler e biopsia mirate delle aree con maggior enhancement poi a biopsie sistematiche (13 prelievi) e 100 pz (gruppo C) sono stati sottoposti a ecodoppler dopo somministrazione endovenosa di SonoVueTM e biopsia mirata delle aree con maggior enhancement poi a biopsie sistematiche (13 prelievi). È stata quindi calcolata la detection rate di cancro per ciascun gruppo e i costi aggiuntivi evidenziati nei gruppi B e C.

**Risultati:** 88/300 pz (29.3%) sono risultati positivi per cancro. In 22/300 pz. (7.4%) è stata riscontrata neoplasia prostatica intraepiteliale ad alto grado (HGPIN) e/o proliferazione acinare atipica (ASAP). Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative nei 3 gruppi per quanto riguarda la detection rate di cancro ( $p = 0.329$ ). Abbiamo altresì riscontrato bassa sensibilità, specificità e accuratezza diagnostica dell'ecodoppler associato o meno al mezzo di contrasto SonoVueTM.

**Conclusioni:** Nella nostra esperienza l'utilizzo dell'ecodoppler associato o meno al m.d.c SonoVue non ha determinato un aumento della detection rate rispetto alle biopsie sistematiche. Sebbene non siano stati riscontrati effetti collaterali, l'impiego combinato della metodica eco color doppler e mezzo di contrasto SonoVue TM ha determinato costi aggiuntivi e aumentato il tempo medio di esecuzione della procedura agobiopsica prostatica e pertanto il suo utilizzo routinario non risulta giustificato.

Abstract n. 53 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**TOSSICITÀ ACUTA DELLA RADIOTERAPIA IPOFAZIONATA GUIDATA DALLE IMMAGINI (70.2 Gy IN 26 FRAZIONI) PER IL CARCINOMA PROSTATICO ORGANOCONFINATO: CONFRONTO NON RANDOMIZZATO CON IL FRAZIONAMENTO CONVENZIONALE (80 Gy IN 40 FRAZIONI)**

Jereczek-Fossa B.A.<sup>1,2</sup>, Zerini D.<sup>1</sup>, Fodor C.<sup>1</sup>, Santoro L.<sup>6</sup>, Cambria R.<sup>3</sup>, Garibaldi C.<sup>3</sup>, Cattani F.<sup>3</sup>, Tagaste B.<sup>1,5</sup>, Vavassori A.<sup>1</sup>, Ivaldi G.B.<sup>1</sup>, Gherardi F.<sup>1</sup>, Rocco B.<sup>4</sup>, Scardino E.<sup>4</sup>, Musi G.<sup>4</sup>, De Cobelli O.<sup>2,4</sup>, Orecchia R.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Radioterapia. Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>2</sup>Università Degli Studi di Milano; <sup>3</sup>Dipartimento di Fisica Medica. Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>4</sup>Dipartimento di Urologia. Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>5</sup>Politecnico di Milano; <sup>6</sup>Dipartimento di biostatistica. Istituto Europeo di Oncologia, Milano

**Introduzione e Obiettivi:** Valutare le reazioni acute della radioterapia 3D-conformazionale per il carcinoma della prostata, confrontando l'ipofrazionamento con l'ausilio della guida d'immagini (IGRT) con il frazionamento standard senza la guida d'immagini (non-IGRT). Il regime ipofrazionato è stato messo a punto nel 2006 in modo tale da essere equivalente al frazionamento standard. L'uso quotidiano della guida d'immagini associata all'ipofrazionamento permette di ridurre i margini tra il volume clinico (CTV) e quello di irradiazione (PTV).

**Metodi:** I criteri di eleggibilità includevano malattia organo-confinata (cT1-2N0M0), non comorbidità significative, volume del target limitato e assenza di ostruzione urinaria.

I pz. sono stati trattati con 70.2 Gy in 26 frazioni (equivalenti ad 84 Gy in 42 frazioni, assumendo che il rapporto per il tumore prostatico / sia 1.5 Gy).

Sono state utilizzate per la localizzazione prostatica quotidiana tre metodiche di IGRT: il sistema ecografico transaddominale (BATTM-NOMOS), il sistema ExacTracTM X-Ray 6D (BrainLAB) e la CT Cone Beam (CBCT, On Board Imager CTTM – Varian

Medical System). Le tossicità acute sono state classificate secondo i criteri RTOG/EORTC.

Questi dati prospettici raccolti sono stati poi confrontati con dati retrospettivi di 174 pz. trattati con 80 Gy/40 fr. non-IGRT.

In tutti e due i gruppi (chiamati IGRT e non-IGRT) è stata impiegata una tecnica ad archi dinamici 3D-conformazionale, e le differenze comprendevano il diverso frazionamento, i margini CTV-PTV e l'uso o meno della guida d'immagini.

Un'analisi multivariata è stata eseguita per definire degli elementi predittivi di tossicità acuta correlati al tumore, al paziente ed al tipo di trattamento.

**Risultati:** 179 pazienti (età media 74 anni) sono stati trattati con IGRT tra Agosto 2006 ed Ottobre 2008. BAT, ExacTrac e CBCT sono stati utilizzati in 118, 32 e 29 pz. rispettivamente.

La tossicità acuta includeva eventi rettali (G1: 29.1%; G2: 11.2%; G3: 1.1%) ed urinari (G1: 33.5%; G2: 39.1%; G3: 5%).

174 pazienti (età media 71 anni), sono stati trattati tra Ottobre 2003 e Dicembre 2006 senza IGRT. La tossicità acuta rettale è risultata (G1: 16.1%; G2: 6.3%) e quella urinaria (G1: 36.2%; G2: 20.7%; G3: 0.6%).

Sono stati registrati solo pochi eventi G3 in entrambi i gruppi. Tutti i pz. hanno completato la radioterapia programmata. L'incidenza di tossicità urinaria e rettale lieve (G1-G2) è stata significativamente più bassa nel gruppo non-IGRT rispetto al gruppo IGRT ( $p = 0.0014$  and  $p < 0.0001$ , rispettivamente).

Non ci sono state differenze di interruzioni temporanee tra i due gruppi.

L'analisi multivariata ha mostrato che il gruppo IGRT ( $p = 0.001$ ) e il PSA elevato ( $P = 0.046$ ) erano correlati con più elevate tossicità acute urinarie.

Non sono stati identificati fattori indipendenti correlati con la tossicità acuta rettale.

L'analisi multivariata limitata al solo gruppo IGRT ha mostrato che il sistema ExacTrac ( $p = 0.09$ ) ed il PSA elevato ( $p = 0.011$ ) erano correlati con una più elevata tossicità urinaria acuta. Non sono stati evidenziati fattori indipendenti di tossicità acute rettale neanche nel gruppo IGRT.

**Conclusioni:** Le reazioni acute urinarie e rettali sono state più frequenti nel regime ipofrazionato (nonostante l'utilizzo della guida di immagini e la riduzione dei margini CTV-PTV), la l'aumento è stato limitato ad una moderata tossicità.

Questo modesto incremento negli eventi va considerato però in relazione ad un più ridotto tempo totale di trattamento nello schema ipofrazionato.

La differenza nell'incidenza della tossicità moderata può essere spiegata dal confronto non randomizzato tra le due serie di pz. (prospettica e retrospettiva).

Perciò i nostri risultati andranno meglio valutati all'interno di uno studio randomizzato.

In ogni caso, l'obiettivo finale della comparazione tra regime ipofrazionato e standard dovrà includere la tossicità tardiva ed il controllo della malattia.

Abstract n. 54 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**NEOPLASIA VESCICALE SECONDARIA AD IMPIANTO ENDOLUMINALE DI CELLULE DERIVANTI DA ADENOCARCINOMA DEL COLON RETTO: CASO CLINICO**

Di Pierro G.B.<sup>2</sup>, Cristini C.<sup>2</sup>, Giuliani A.<sup>1</sup>, Demoro M.<sup>1</sup>, Scimà M.<sup>1</sup>, Galati G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Chirurgia "Pietro Valdoni", Università Sapienza, Roma; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia "U. Bracci", Università "Sapienza", Roma.

**Introduzione e Obiettivi:** Il diretto interessamento della vescica da parte di tumori avanzati di organi adiacenti risulta non inusuale. Un coinvolgimento, invece, per via ematogena e/o linfa-

tica o l'impianto di cellule a partire da tumori dell'alto apparato urinario è raro. Inoltre, la differenziazione istologica fra un adenocarcinoma primario della vescica ed uno a partenza dal colonretto può rappresentare un dilemma per gli anatomopatologi. Comunque, tenuto conto della scarsa frequenza, ogni adenocarcinoma della vescica dovrebbe esser visto con alto indice di sospetto.

**Metodi:** Paziente di 67 anni sottoposta ad emicolectomia destra per adenocarcinoma del colon (pT3 pN1 pM0). A distanza di 20 mesi intervento di asportazione di massa (istologicamente simile al precedente tumore del colon) coinvolgente i linfonodi iliaci interni di destra e causante ureteroidronefrosi omolaterale trattata con stenting ureterale. Successivamente la paziente è stata sottoposta a cistoscopia per ematuria ricorrente con evidenza di lesione semipedunculata, non papillare localizzata sopra l'ostio ureterale destro.

**Risultati:** È stata, pertanto, eseguita una TURB. L'esame istologico ha evidenziato come la lesione, parzialmente coperta da urotelio intatto, consistesse di strutture tubulari e pseudoghiandolari miste a foci di cellule di adenocarcinoma tipo anello con castone produttori mucina, molto simili all'originale tumore del colon. La base d'impianto risultava libera da malattia. Dal punto di vista immunohistochimico, vi era una positività multifocale per le citocheratina 7 (CK7) e citocheratina 20 (CK20): questo aspetto suggerisce un'origine della neoplasia a partenza dal colonretto. Il decorso clinico successivo è stato regolare e la paziente è attualmente asintomatica a 20 mesi di follow-up.

**Conclusioni:** Allo scopo di ottimizzare le scelte terapeutiche, è importante per il clinico distinguere una neoplasia primitiva della vescica da altre forme di lesioni. In modo particolare, come in questo caso, è importante differenziare un adenocarcinoma primitivo della vescica da uno a partenza dal colonretto, essendo le due entità molto simili.

A tal fine risulta molto utile poter far ricorso ad un ampio pannello immunohistochimico. Naturalmente, in un paziente con precedente neoplasia del grosso intestino, un successivo tumore vescicale con analoghe caratteristiche istologiche deve esser, in primis, considerato come un interessamento vescicale secondario.

Infine, noi riteniamo che l'impianto endoluminale di cellule, come occorso nel nostro caso, richieda un trattamento il più possibile conservativo.

#### References

1. Bates AW, Baithun SI. Secondary neoplasms of the bladder are histological mimics of nontransitional cell primary tumours: clinicopathological and histological features of 283 cases: *Histopathology* 36:32-40; 2000.
2. Kobayashi T, Kamoto T, Sugino Y, Takeuchi H, Habuchi T, Ogawa O. High incidence of urinary bladder involvement in carcinomas of the sigmoid and rectum: a retrospective review of 580 patients with colorectal carcinoma. *J Surg Oncol* 84: 209-214; 2003.
3. Yamamoto T, Yoshioka N, Katoh Y, Iquchi M, Katoh M, Yamakaki M. A case of sigmoid colon cancer that spread to the urinary bladder via the ureter. *Hinyokika Kyo* 51: 673-675; 2005.
4. Tamboli P, Mohsin SK, Hailemariam S, Amin MB. Colonic adenocarcinoma metastatic to the urinary tract versus primary tumors of the urinary tract with glandular differentiation. *Arch Pathol Lab Med* 126: 1057-1063; 2002.
5. Velcheti V, Govindan R. Metastatic cancer involving bladder: a review. *Can J Urol* 14: 3443-3448; 2007.
6. Silver SA, Epstein JI. Adenocarcinoma of the colon simulating primary urinary bladder neoplasia. *Am J Surg Pathol* 17: 171-178; 1993
7. Shaw RE. Metastasis to the bladder from carcinoma of the kidney. *Br J Surg* 48:420-422; 1961.
8. Bates AW, Baithun SI: renal cell carcinoma metastatic to the bladder. A report of three cases. *J Urol Pathol* 10: 71-76; 1999.
9. Wang HL, Lu DW, Yerian LM, Alsikafi N, Steinberg G, Hart J, Yang

XJ. Immunohistochemical distinction between primary adenocarcinoma of the bladder and secondary colorectal adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 25:1380-1387; 2001.

10. Shiraishi K, Mohri J, Inoue R, Kamiryo Y. Metastatic renal cell carcinoma to the bladder 12 years after radical nephrectomy. *Int J Urol* 10: 453-455; 2003.

Abstract n. 55 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### NEOPLASIA ADENOMATOIDE MULTIPLA DELLA TUNICA VAGINALE: CASO CLINICO

**Cristini C., Di Piero G.B., Minisola F., Donnaperna A., Sciarra A., Gentile V.**

*Dip.to Urologia "U. Bracci" Università "Sapienza", I Roma*

**Introduzione e Obiettivi:** Sebbene il 99% dei tumori testicolari sia a carattere maligno, talvolta, soprattutto dalle strutture paratesticolari possono originare alcune neoplasie benigne. I tumori adenomatoidi sono i più frequenti fra queste ultime e, sebbene la maggior parte interessi l'epididimo, possono essere coinvolti anche gli involucri testicolari ed il cordone spermatico. In virtù della loro natura benigna, in queste situazioni, una chirurgia esplorativa testicolare con biopsia dovrebbe essere presa in considerazione con risparmio del testicolo. Il caso dai noi riferito è il primo, riportato in Letteratura, di un tumore adenomatoide multiplo ad origine dalla tunica vaginale del testicolo e dell'epididimo.

**Metodi** Paziente di 40 anni presentatosi alla nostra osservazione con storia di massa scrotale sinistra non dolente né dolorabile da circa 1 anno. L'esame obiettivo risultava negativo, fatta eccezione per multiple piccole formazioni palpabili paratesticolari. L'ecografia scrotale evidenziava tre masse solide ipoecoiche, paratesticolari e ben definite, rispettivamente di 5, 6, e 10 mm localizzate sulla superficie anteriore. I markers tumorali, -fetoproteina, -HCG ed LDH, risultavano negativi.

**Risultati:** Per tale motivo è stata eseguita un'esplorativa testicolare con approccio inguinale, biopsia ed escissione delle masse paratesticolari. L'esame istologico intraoperatorio è risultato negativo per patologia maligna, mentre quello definitivo ha evidenziato la presenza di tessuto fibroso benigno con elementi cellulari riuniti in nidi e cordoni solidi (EMA+) e con la coesistenza di modesto infiltrato infiammatorio. Il decorso postoperatorio è stato nella norma ed il paziente è attualmente asintomatico senza segni di ripresa di malattia dopo 8 mesi.

**Conclusioni:** I tumori adenomatoidi della tunica vaginale sono considerati quali proliferazioni benigne ad origine non chiara, sebbene studi strutturali ed immunohistochimici supportino un'origine mesenchimale. In considerazione della loro bassa incidenza, riteniamo importante comunque conoscerne l'esistenza in ragione di una diagnosi differenziale con le neoplasie maligne del testicolo. In ogni caso, quando la diagnosi risultasse incerta con sospetto di un processo benigno, dovrebbe essere eseguito un intervento chirurgico per via inguinale con controllo del funicolo e biopsie intraoperatorie. Chiaramente in presenza di in processo benigno è d'obbligo la chirurgia "organ-sparing".

*Adenomatoid tumor of the tunica vaginalis testis. Apropos of 5 cases* Aubert J, Touchard G, Mazet B, Dore B, Caron JJ.: *J Urol (Paris)*. 1983; 89(9):677-82.

*Malignant mesothelioma of tunica vaginalis testis.* Chen KT, Arhelger RB, Flam MS, Hanson JH. *Urology*. 1982; 20(3):316-9.

*Malignant mesothelioma of the tunica vaginalis.* Spiess PE, Tuziak T, Kassouf W, Grossman HB, Czerniak B. *Urology*. 2005; 66(2):397-401.

Abstract n. 56 poster (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**RADIOTERAPIA DI SALVATAGGIO IN PAZIENTI AFFETTI DA ADENOCARCINOMA DELLA PROSTATA PRECEDENTEMENTE TRATTATI CON HIGH INTENSITY FOCUSED ULTRASOUND (HIFU): RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO PILOTA**

Munoz F.<sup>1</sup>, D'Urso L.<sup>4</sup>, Franco P.<sup>1</sup>, Guarneri A.<sup>1</sup>, Ciammella P.<sup>1</sup>, Namys A., Kaletka A.<sup>3</sup>, Destefanis P.<sup>2</sup>, Muto G.<sup>4</sup>, Ricardi U.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Radioterapia, Università degli Studi di Torino, AOU San Giovanni Battista-Molinette di Torino (Italia);

<sup>2</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2 Università degli Studi di Torino, AOU San Giovanni Battista-Molinette di Torino (Italia);

<sup>3</sup>Memorial Institute Maria Sklodowska-Curie, Center Oncology, Gliwice (Polonia); <sup>4</sup>Divisione di Urologia. Ospedale Giovanni Bosco. Torino (Italia)

**Introduzione e Obiettivi:** Il miglior approccio terapeutico del carcinoma prostatico organo-confinato di prima diagnosi è tuttora motivo di discussione. Tra le opzioni proposte, l'High Intensity Focused Ultrasound (HIFU) si sta diffondendo in tutto il mondo. Tuttavia, una parte dei pazienti sottoposti ad HIFU presenta una recidiva di malattia. Sono disponibili pochi dati sulla terapia di salvataggio dopo fallimento dell'HIFU, sia in termini di risultati clinici sia in termini dei possibili effetti collaterali della terapia di salvataggio che si sommano a quelli del trattamento primitivo. Scopo del presente studio pilota è di testare fattibilità, tollerabilità, tossicità e risultati clinici della radioterapia conformazionale tridimensionale (3DCRT) quale trattamento di salvataggio nei pazienti affetti da carcinoma prostatico con persistenza, recidiva biochimica o recidiva clinica di malattia, dopo trattamento primario con HIFU. **Metodi:** Sono stati inclusi nel presente studio pilota 10 pazienti con persistenza di malattia o con recidiva biochimica o clinica di carcinoma della prostata dopo trattamento primario HIFU. I pazienti erano stati sottoposti a trattamento HIFU con Sonablate (Focus Surgery, Indianapolis, IN, USA). Sono quindi stati sottoposti, quale terapia di salvataggio, a 3DCRT mediante acceleratore lineare (fotoni da 10 MV), tecnica a 5 campi con collimatore multi-lamellare (MLC). Tutti i pazienti sono stati trattati in posizione supina con immobilizzazione di ginocchia e piedi (Sinmed, NL). Le caratteristiche dei pazienti alla diagnosi erano le seguenti: stadio clinico prima dell'HIFU: cT1b=1 cT1c=4 cT2a=2 cT2c=3; iPSA medio 14,6 ng/ml (range 4,3-28 ng/ml); GS 6= 3 GS 7=5, GS non determinato =2, GS non valutabile = 1; PSA medio alla recidiva 4,8 ng/ml (range 1,2-8,5). Il tempo medio tra l'HIFU e la 3DCRT era di 12,1 mesi. La dose media somministrata era di 73 Gy (range 70-76 Gy), con uno schema di frazionamento convenzionale (2 Gy/die). Il CTV (clinical target volume) comprendeva la l'intera ghiandola prostatica con margine posteriore di 8 mm, anteriore e laterale di 10 mm e, infine, un margine cranio-caudale di 12 mm. I limiti di dose utilizzati erano pari al 30% della dose totale somministrata al 70% del volume per il retto e la vescica e il 50% della dose media per la testa del femore. Nessun paziente è stato sottoposto a terapia ormonale. Le tossicità rettale e urinaria sono state classificate mediante le scale di morbilità del Radiation Therapy Oncology Group (RTOG).

**Risultati:** Il follow medio è di 38 mesi (range: 10-63 mesi). Tutti i pazienti sono vivi con risposta biochimica completa: la sopravvivenza globale e la sopravvivenza libera da malattia sono pari al 100%. Il nadir medio del PSA è stato di 0,22 ng/ml. Le tossicità acute rettili e urinarie sono riassunte nella sottostante tabella:

RTOG score	G0	G1	G2	G3/G4
Tossicità acuta urinaria (pazienti)	4	5	1	0
Tossicità cronica urinaria (pazienti)	0	0	0	0
Tossicità acuta rettale (pazienti)	7	3	0	0
Tossicità cronica rettale (pazienti)	0	0	0	0

**Conclusioni:** La 3DCRT di salvataggio nel carcinoma della prostata in pazienti sottoposti a trattamento primario con HIFU, con persistenza di malattia o recidiva, ha dimostrato di essere fattibile, clinicamente efficace, avere una buona tollerabilità e di essere gravata da una tossicità minima. Per la conferma di tali risultati preliminari occorre la raccolta di dati su un maggiore numero di pazienti, con un'osservazione clinica a lungo termine.

Abstract n. 57 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.00 Sala Sforza)

**IL TAMOXIFENE POTENZIA GLI EFFETTI DELLA BICALUTAMIDE SULL'ESPRESSIONE GENICA ANDROGENO DIPENDENTE IN CELLULE DI CARCINOMA PROSTATICO LNCaP**

Mangerini R.<sup>1</sup>, Marasco A.<sup>2</sup>, Messina M.<sup>1</sup>, Ricci F.<sup>1</sup>, Sanguineti S.<sup>1</sup>, Rubagotti A.<sup>1</sup>, Pfeffer U.<sup>2</sup>, Boccardo F.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Oncologia Biologia e Genetica, Università di Genova, e Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova;

<sup>2</sup>S.S. Genomica Funzionale, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova

**Introduzione e Obiettivi:** Il recettore androgenico è la chiave molecolare attraverso la quale vengono attivate le vie di segnale intracellulare che controllano la proliferazione e la trascrizione di geni che giocano un ruolo chiave nella progressione del carcinoma prostatico. L'inattivazione della trascrizione del recettore avviene attraverso la sottrazione dei tessuti bersaglio alla stimolazione androgenica e/o l'impiego di composti in grado di legarsi in maniera competitiva al recettore determinando l'apoptosi delle cellule. La monoterapia con antiandrogeni puri (bicalutamide: BIC) rappresenta una opzione terapeutica valida per il trattamento del carcinoma prostatico in fase avanzata e mostra un maggior grado di tollerabilità rispetto alle terapie androgeno-soppressive. Comunque, la monoterapia con BIC determina ginecomastia e mastodinia nella pressochè totalità dei pazienti ed è causa di sospensione del trattamento in almeno un quinto di essi. I nostri studi, unitamente a quelli di altri gruppi, hanno dimostrato la particolare efficacia a questo riguardo del tamoxifene (TAM). In particolare abbiamo dimostrato che questo antiestrogeno può essere somministrato con beneficio insieme alla BIC, senza interferire con la farmacocinetica dell'antiandrogeno. Inoltre, abbiamo evidenziato che la co-somministrazione di TAM non interferisce con l'attività antiproliferativa della BIC sulla crescita di linee cellulari ormono-sensibili (LNCaP). Per migliorare la comprensione dei meccanismi molecolari implicati nell'attività antiproliferativa di questi composti, abbiamo quindi iniziato ad esaminare le modificazioni dell'espressione a livello di mRNA dei geni coinvolti nella progressione neoplastica e nello sviluppo dell'ormonorefrattarietà.

**Metodi:** Gli esperimenti in vitro sono stati effettuati sulle cellule LNCaP cresciute in presenza di DHT. Le cellule sono state sottoposte a trattamento con BIC 10uM e TAM 10nM da soli od in combinazione. La quantificazione dell'espressione genica è stata eseguita in Real Time Q-PCR, mediante l'impiego di SYBR Green. L'amplificazione dei geni è stata effettuata in triplicato e normalizzata verso due geni housekeeping: gliceraldeide 3-fosfato deidrogenasi e RNA polimerasi II.

**Risultati:** L'esposizione delle LNCaP al DHT ha determinato una modulazione positiva di alcuni geni del ciclo cellulare (CCND1 e TOP2A), dell'apoptosi (Bcl2, Casp9), della proliferazione cellulare (EGF, TGFb1, IGF ed IGFbP3) e della invasività cellulare come le metalloproteasi (MMP1, 2, 9 e 13). È stata inoltre osservata una aumentata espressione di TERT e MYC, considerato un fattore di trascrizione della telomerasi. In seguito alla somministrazione di BIC, è stato osservata una significativa diminuzione dell'espressione della maggior parte di questi geni, confermandone l'azione antiproliferativa ed proapoptotica. La somministrazione di TAM, da solo od in combinazione con BIC, ha am-



plificato questo effetto inibitore. Comunque, in alcuni geni come TERT e MYC la presenza contemporanea dei due farmaci ha determinato una ripresa dell'espressione genica.

**Conclusioni:** I dati presentati indicano che la combinazione di anti-androgeni con il tamoxifene è in grado di ridurre la crescita delle cellule di carcinoma prostatico androgeno-dipendente attraverso l'effetto additivo sull'espressione di importanti modulatori della progressione cellulare. Il tamoxifene esercita un'azione anti-proliferativa in parte mediata dal legame con il recettore dell'estrogeno (ER-) ed in parte recettore indipendente. Futuri studi chiariranno a quale meccanismo può essere attribuito l'effetto anti-proliferativo nelle cellule LNCaP che esprimono bassi livelli di ER.

#### Bibliografia

- Trapman J, Brinkmann AO. *Pathol Res Pract.* 1996;192(7):752-60.  
 Boccardo F. *Crit Rev Oncol Hemat* 2000; 35: 121-132.  
 Saltzstein D, et al. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2005; 8(1):75-83.  
 Boccardo F, et al. *Anticancer Research;* 2005; 25(6B):4277-80.

Abstract n. 58 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### TUMORI RENALI DI DIAMETRO SUPERIORE A 4 CM: TERAPIA NEPHRON SPARING

**Seveso M.<sup>1</sup>, Taverna G.L.<sup>1</sup>, Giusti G.<sup>1</sup>, Maugeri O.<sup>1</sup>, Benetti A.<sup>1</sup>, Pasini L.<sup>1</sup>, Corinti M.<sup>1</sup>, Piccinelli A.<sup>1</sup>, Graziotti P.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Istituto Clinico Humanitas, Unità operativa di Urologia

**Introduzione e Obiettivi:** La chirurgia nephron sparing (NSS) è ormai considerata il gold standard nel trattamento dei tumori renali di diametro inferiore ai 4 cm. Rimane invece controverso l'approccio chirurgico conservativo per lesioni di diametro superiore in termini di limiti tecnici, di risultati funzionali e oncologici. Presentiamo la nostra esperienza di utilizzo della NSS in caso di lesioni di grande dimensioni.

**Metodi:** Dal gennaio 1997 al dicembre 2008 abbiamo sottoposto 274 pazienti a chirurgia conservativa renale. Di questi, 49 presentavano lesioni solide di diametro > 4 cm. In 36 pazienti l'indicazione è stata elettiva mentre in 13 pazienti imperativa (monoreni funzionali o chirurgici, tumori bilaterali)

La resezione renale è stata eseguita mediante approccio lombotomico extraperitoneale, somministrazione di Mannitolo, clampaggio dell'arteria renale ed ischemia fredda

Abbiamo valutato le complicanze peri e post operatorie, il follow up oncologico e funzionale.

**Risultati:** La tipologia istologica è stata: carcinoma a cellule renali in 27 casi, cromofoba in 4 casi, papillare in 6, oncocitoma in 3, angiomiolipoma in 9. I tempi operatori medi sono stati di 71 minuti con clampaggio della arteria renale ed ischemia fredda per 28 minuti. In 19 pazienti è stato necessario riparare il sistema escretore con posizionamento di stent intraoperatorio solo in 2 casi. Siamo ricorsi ad emotrasfusione in 3 pazienti. I valori di creatininemia hanno registrato un incremento medio di 0,4 mg/dL. In nessun caso è stato necessario ricorrere all'emodialisi nel post operatorio. Non abbiamo rilevato margini chirurgici positivi. 1 fistola arterovenosa, 1 fistola urinaria, e 2 emorragie post operatorie sono state le complicanze registrate nella nostra casistica.

I tempi di degenza sono stati di 4,7 giorni post operatori. Il follow up medio è di 41 mesi (3-131). 5 pazienti sono deceduti, 3 risultano in trattamento chemioterapico per progressione di malattia. 6 pazienti hanno registrato un peggioramento della funzionalità renale. 1 paziente è stato sottoposto a nefrectomia per ripresa locale della malattia.

**Conclusioni:** L'estensione delle indicazioni alla chirurgia conser-

vativa renale resta materia di dibattito. La nostra esperienza conferma comunque che la chirurgia nephron sparing può essere proposta a pazienti selezionati, affetti da lesioni solide renale > 4 cm con buoni risultati funzionali ed oncologici nonostante le indubbie difficoltà tecniche e l'aumento della morbilità.

Abstract n. 59 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

#### TRATTAMENTO CONSERVATIVO NEPHRON SPARING NEL TUMORE PAPILLARE: NOSTRA ESPERIENZA

**Seveso M.<sup>1</sup>, Taverna G.L.<sup>1</sup>, Giusti G.<sup>1</sup>, Maugeri O.<sup>1</sup>, Benetti A.<sup>1</sup>, Pasini L.<sup>1</sup>, Corinti M.<sup>1</sup>, Graziotti P.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Istituto Clinico Humanitas, Unità Operativa di Urologia

**Introduzione e Obiettivi:** Tra i tumori renali, il carcinoma renale papillare è riconosciuto come una distinta entità clinico-patologica.

Scopo di questo studio è stata la valutazione delle caratteristiche cliniche, patologiche e del follow up di 36 pazienti affetti da carcinoma papillare e sottoposti a chirurgia conservativa presso il nostro Istituto.

**Metodi:** Dal gennaio 1997 al dicembre 2008, abbiamo sottoposto a chirurgia conservativa renale 274 pazienti, 234 per via lombotomica e 40 per via laparoscopica. L'esame istologico ha documentato la presenza di tumore papillare in 36 pazienti. L'età media è stata di 61 anni (range 41-78) con una prevalenza di uomini (28). L'indicazione è stata di elezione in 29 ed imperativa in 7.5 pazienti presentavano sintomi pre-operatori. In 3 pazienti, gli esami diagnostici pre-operatori documentavano la multifocalità della lesione.

Tutti i pazienti, eccetto 8 sottoposti a laparoscopia, sono stati trattati mediante lombotomia, clampaggio della arteria renale, perirefrigerazione renale ed exeresi della lesione.

Abbiamo analizzato il decorso operatorio, post operatorio, le complicanze, le caratteristiche istologiche ed il follow up. Quest'ultimo è consistito in una visita di controllo semestrale con esame obiettivo, esami ematochimici, Rx torace e TAC addome completo con mdc.

**Risultati:** L'intervento è durato in media 107 minuti (63-121 min). In 11 pazienti è stata aperta la via escrettrice. Il tumore era localizzato in 19 casi nel polo superiore, in 11 nel polo inferiore, 6 mesoreni. L'esame istologico ha documentato trattarsi di T1a in 30 casi, T1b in 6. Il grado sec. Furhman è stato G1 in 5 pazienti, G2 in 22 e G3 in 9.

In 6 pazienti sono state identificate aree necrotiche. Le dimensioni delle lesioni sono state in media di 3,4 cm (range 1-10). In 7 casi abbiamo riscontrato una multifocalità con 3 casi di carcinoma renale associato, 1 caso di oncocitoma e 3 di tumore papillare multiplo. Le dimissioni sono avvenute in media in 4° giornata (range 3-8). Le complicanze peri-operatorie sono state un caso di insufficienza renale acuta trattata in modo conservativo, un pneumotorace ed un ematoma perirenale con necessità di emotrasfusione per quadro di anemizzazione acuta. Al follow up medio di 49 mesi, 2 pazienti risultano deceduti per secondarismi polmonari; 1 paziente risulta in progressione di malattia, sempre per secondarismi polmonari. Nessun paziente ha sviluppato recidive locali o controlaterali.

**Conclusioni:** Il tumore papillare non appare una controindicazione al trattamento nephron sparing considerando la caratteristica presentazione della malattia ad uno stadio e grado ridotto. L'elevata frequenza della multifocalità obbliga inoltre ad un atteggiamento fortemente conservativo. Nella nostra esperienza non abbiamo riscontrato alcuna significativa differenza nel follow up, in relazione all'esame istologico. Lo stadio, il grado e la multicentricità non appaiono influenzare il follow up oncologico.

Abstract n. 60 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**RADIOTERAPIA A FASCI ESTERNI GUIDATA DALLE IMMAGINI (IGRT) ABBINATA AD IPOFRAZIONAMENTO NEL TRATTAMENTO RADICALE DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA ORGANOCONFINATO: L'ESPERIENZA IN CORSO PRESSO L'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA**

Zerini D.<sup>1</sup>, Jereczek-Fossa B.A.<sup>1,2</sup>, Fodor C.<sup>1</sup>, Serafini F.<sup>1</sup>, Gherardi F.<sup>1,2</sup>, Cambria R.<sup>3</sup>, Garibaldi C.<sup>3</sup>, Cattani F.<sup>3</sup>, Vavassori A.<sup>1</sup>, Ivaldi G.B.<sup>1</sup>, De Cobelli O.<sup>4</sup>, Verweij F.<sup>4</sup>, Musi G.<sup>4</sup>, Tagaste B.<sup>1,5</sup>, Preve E.<sup>1</sup>, Orecchia R.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Radioterapia. Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>2</sup>Università Degli Studi di Milano; <sup>3</sup>Dipartimento di Fisica Medica. Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>4</sup>Dipartimento di Urologia. Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>5</sup>Politecnico di Milano

**Introduzione e Obiettivi:** Valutare tossicità ed outcome clinico della RT ipofrazionata guidata dalle immagini (IGRT) nel trattamento del cancro prostatico, utilizzando tre diversi sistemi: localizzazione quotidiana della prostata mediante imaging ultrasonografico (BATTM-NOMOS), posizionamento stereoscopico assistito con ExacTracTM (X-Ray 6D system – BrainLAB), TC con kilovoltaggio Cone-Beam (On Board Imager CTTM – Varian Medical System).

**Metodi:** Da Agosto '06 a Febbraio '09, 189 pz. (età media 72 aa) con cancro prostatico organoconfinato (T1a-T2c, iPSA medio 9 ng/ml, GS medio 6, range 3-9) sono stati trattati con 3D-CRT ipofrazionata con archi dinamici (2.7 Gy/fr. X 26 fr. – dose totale 70.2 Gy, equivalente ad 84.2 Gy, per rapporto 1.5 Gy); nei rischi intermedi ed alti sono state irradiate anche le vescicole seminali, escluse dopo 21 fr. A 56.7 Gy.

Secondo la categorie di rischio NCCN 2009, 47.1% dei pz. Erano a basso rischio, 40.7% pz. A rischio intermedio e 9.5% ad alto rischio.

I margini CTV-PTV sono stati di 7 mm in C-C e L-L e 3 mm in A-P per la metodica BATTM e Cone Beam; per la metodica ExacTracTM invece ad Agosto '08 sono stati ridotti in C-C ed L-L da 7 a 5 mm, dopo valutazione dei dati di localizzazione elaborati secondo la formula di van Herk.

Il 29.1 % dei pz. Sono stati trattati con terapia ormonale .

126 pz. (66.6%) hanno eseguito la localizzazione quotidiana del bersaglio mediante BATTM, 30 pz. (15.9%) con la TC Cone-Beam ed infine 33 pz. (17.5%) con il sistema stereoscopico ExacTracTM, basato sulla visualizzazione dei markers in oro VisicoilTM.

Per valutare gli effetti collaterali è stata utilizzata la scala di tossicità RTOG/EORTC.

**Risultati:** Tutti i pz. Hanno completato il trattamento (tempo medio totale 40 gg.); Il follow-up medio è di 10 mesi.

3 pz. sono deceduti dopo la fine della RT per eventi non correlati né al trattamento né alla patologia prostatica; 2 pz. Hanno sviluppato seconde neoplasie.

La tossicità acuta è così risultata: tossicità genitourinaria G0 21.7%, G1 33.3%, G2 39.2%, G3 5.3% e G4 0.5%; tossicità rettale G0 59.3%, G1 28.5%, G2 11.1% e G3 1.1%.

La tossicità tardiva (follow-up > 6 mesi) è stata registrata in 106 pz., risultando per quella genitourinaria: G0 59.4%, G1 29.2%, G2 9.4% e G3 1.9%; per quella rettale: G0 73.6%, G1 18.9%, G2 6.6% e G3 0.9%.

Dopo 3, 6, 9 mesi di follow-up il PSA medio registrato è risultato rispettivamente di 2, 1 e 1 ng/ml.

Non è stata registrata nessuna recidiva biochimica secondo i criteri ASTRO (PSA = 2 ng/ml + nadir)

La localizzazione IGRT con BATTM è risultata la procedura più rapida, tempo medio di 2.9 min.

**Conclusioni:** Le tre procedure di IGRT descritte permettono una

maggiore precisione nell'irradiazione, con una riduzione dell'esposizione dei tessuti normali.

L'accuratezza di BATTM e Cone Beam è operatore dipendente ed influenzata dalla anatomia del paziente, dalle dimensioni e dalla posizione della prostata (è quindi utile una valutazione ecografica preliminare con BATTM) e della qualità delle immagini TC ottenute con kilovoltaggio.

Il posizionamento mediante X-Ray non ha mostrato questi ultimi bias ma è sicuramente più costoso, più lungo ed espone il paziente a radiazioni aggiuntive e manovre invasive per il posizionamento dei markers.

Il profilo di tossicità acuta e tardiva della RT ipofrazionata è risultato sovrapponibile a quello della RT convenzionale.

Un follow-up più lungo è comunque necessario per valutare meglio la tossicità tardiva ed i tassi di recidiva biochimica e/o clinico.

Abstract n. 61 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**CHIRURGIA "NEPHRON-SPARING" PER CARCINOMA A CELLULE RENALI: FUNZIONALITÀ RENALE E SOPRAVVIVENZA**

Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Angiolilli D.<sup>1</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Matloob R.<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Da Pozzo L.<sup>2</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Ospedali Riuniti, Bergamo

**Obiettivi:** valutare i parametri clinici e chirurgici che possono influire sulla funzionalità renale dopo chirurgia conservativa per carcinoma a cellule renali (RCC) e valutare se l'alterazione della funzionalità renale influisca sull'outcome del paziente.

**Metodi:** tra il 1988 ed il 2006, 288 pazienti sono stati sottoposti a chirurgia "nephron-sparing" (NSC) in elezione per RCC monolaterale e sporadico in un singolo Centro. Nessuno dei pazienti aveva metastasi a distanza. Per ogni paziente, sono stati registrati i dati clinici, intraoperatori e patologici, includendo età, ASA score, dimensione del tumore, perdite ematiche, tempo d'ischemia calda, stadio patologico, grado e stato linfonodale. La differenza tra la creatinemia preoperatoria e la creatinemia postoperatoria a 12 mesi è stata definita come ?crea. Per valutare i fattori predittivi sulla sopravvivenza cancro specifica (CSS) e sulla sopravvivenza globale (OS) è stata utilizzata l'analisi univariata e multivariate Cox.

**Risultati:** il follow-up mediano è stato di 57 mesi (range 1-202). L'età mediana dei pazienti è risultata 60 anni (range: 21-69). Caratteristiche dei pazienti: bpT1a/pT1b/pT2/pT3a: 196/66/10/16, rispettivamente; pN0/pNx: 25/263, rispettivamente; G1/G2/G3: 76/178/34, rispettivamente. La dimensione del tumore ha correlato in modo statisticamente significativo con perdite ematiche maggiori e incremento del tempo di ischemia calda ( $r = 0.19$ ;  $p = 0.001$  and  $r = 0.36$ ;  $p < 0.001$ , rispettivamente). Inoltre, la dimensione del tumore ed il tempo di ischemia calda sono risultati significativamente correlati con un incremento della ?crea ( $r = 0.17$ ;  $p < 0.001$  and  $r = 0.22$ ;  $p < 0.001$ , rispettivamente). All'analisi univariata, il pT, il grado e l'ASA score sono risultati fattori predittivi della CSS, mentre il grado, l'ASA score e una crea maggiore sono fattori predittivi della OS. All'analisi multivariata, fattori predittivi indipendenti e per l'OS sono risultati rispettivamente il pT, il grado, l'ASA score per la CSS e l'ASA score, il grado e una ?crea maggiore per l'OS.

**Conclusioni:** la dimensione del tumore ed il tempo di ischemia calda sono significativamente correlati con un peggioramento della funzionalità renale in pazienti sottoposti a NSC. Una ?crea maggiore è un fattore prognostico indipendente per una peggiore OS, corretta per altre caratteristiche cliniche e patologiche.

Abstract n. 62 COMUNICAZIONE (sessione del 23/06/2009, Rene - ore 14.00 Sala Borromeo)  
**LA RESEZIONE COMPLETA DI METASTASI È UN FATTORE PREDITTIVO INDIPENDENTE SULLA SOPRAVVIVENZA CANCRO SPECIFICA IN PAZIENTI CON CARCINOMA A CELLULE RENALI METASTATICI ALLA DIAGNOSI**  
 Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Zigeuner R.<sup>2</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Angiolilli D.<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Medical University of Graz, Austria

**Obiettivi:** valutare se la resezione completa di metastasi può influenzare la sopravvivenza cancro specifica (CSS) nei pazienti con carcinoma a cellule renali metastatici alla diagnosi (mRCC)  
**Metodi:** tra il 1987 ed il 2006, 178 pazienti sono stati trattati con nefrectomia radicale per mRCC. Di questi, 35 sono stati sottoposti a resezione completa di metastasi; 22 sono stati sottoposti a resezione parziale di metastasi; 30 sono stati trattati con terapia sistemica adiuvante; 91 non sono stati trattati con alcuna terapia. Per valutare i fattori predittivi sulla CSS è stato utilizzato il metodo di Kaplan-Meier, analisi uni-multivariata.

**Risultati:** la sopravvivenza mediana è risultata pari a 14 mesi (range 2-235); l'età mediana dei pazienti era 60 anni (range 27-87). Il follow-up mediano dei pazienti vivi è stato di 21 mesi (range 1-235). Caratteristiche dei pazienti: pT1/pT2/pT3a/pT3b-c/pT4: 35/19/53/60/11, rispettivamente; G2/G3/G4: 78/80/20, rispettivamente; pN0-x/pN+: 134/44. I pazienti sottoposti a resezione completa di metastasi, resezione parziale, terapia adiuvante o nessuna terapia hanno avuto una simile CSS. La sopravvivenza mediana è risultata significativamente differente in base allo stadio patologico (35, 24, 19, 12 e 9 mesi per pT1, pT2, pT3a, pT3b-c e pT4, rispettivamente; p = 0,001), allo stato linfonodale (22 e 7 mesi per pN0-x e pN+, rispettivamente, p = 0,005); alla presenza di metastasi a distanza in una o in più sedi (32 e 8 mesi, rispettivamente; p < 0,001); alla resezione completa di metastasi o meno (30 e 14 mesi, rispettivamente; p = 0,02). Alla analisi multivariata, la resezione completa di metastasi, lo stadio patologico e la presenza di metastasi a distanza in una o più sedi sono risultati fattori prognostici indipendenti sulla CSS 8p = 0,02, HR 1,71; p = 0,01, HR 1,42 e p < 0,001, HR 1,98, rispettivamente). Non sono state evidenziate differenze in termini di CSS tra i diversi sottotipi istologici.

**Conclusioni:** la resezione completa è associata con una migliore CSS nei pazienti sottoposti a nefrectomia per mRCC.

Abstract n. 63 COMUNICAZIONE (sessione del 23/06/2009, Rene - ore 14.00 Sala Borromeo)  
**IMPATTO DELLA DENSITÀ LINFONODALE SULLA SOPRAVVIVENZA CANCRO SPECIFICA IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA A CELLULE RENALI CON LINFONODI POSITIVI**

Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Angiolilli D.<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>2</sup>, Terrone C.<sup>2</sup>, Scattoni V.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Vita Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Ospedale Maggiore della Carità, Novara

**Obiettivi:** valutare l'impatto della densità linfonodale (LND) sulla sopravvivenza cancro specifica (CSS) in pazienti affetti da carcinoma a cellule renali (RCC) con linfonodi (LNs) positivi.  
**Metodi:** tra il 1987 ed il 2006, 153 pazienti sono stati sottoposti a nefrectomia radicale e linfadenomectomia in due diversi Centri Urologici. L'estensione della linfadenomectomia era variabile, a discrezione del chirurgo. I fattori predittivi per la CSS sono stati valutati mediante metodo Kaplan-Meier ed analisi uni-

e multivariata Cox. Inoltre, è stato indagato il cut-off di LND maggiormente informativo.

**Risultati:** il follow-up mediano è stato di 12 mesi (range: 1-234). Il follow-up mediano per i pazienti vivi è risultato pari a 53 mesi (range: 2-234). L'età mediana era 60 anni (range: 21-83). **Caratteristiche dei pazienti:** pT1/pT2/pT3a/pT3b/pT3c-4: 15/31/26/61/20, rispettivamente; pN1/pN2: 50/103, rispettivamente; G2/G3/G4: 53/85/16, rispettivamente; M0/M+: 73/80, rispettivamente. Il numero mediano di LNs rimossi è stato 10 (range: 1-35); il numero mediano di Lns positivi è risultato 3 (range 1-20); la LND mediana è stata 30% (range 3-100). Non è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa tra pN1 e pN2 nella CSS a 5 anni (22.9% vs 22.2%; p = 0.41). All'analisi univariata, una maggiore LND è risultata significativamente associata ad una peggiore CSS (p = 0.017; HR 1.93). Il cut-off di LND maggiormente significativo come fattore predittivo della CSS è risultato essere il 60%. Pazienti con una LND < 60% hanno una CSS a 5 anni significativamente migliore rispetto ai pazienti con LND ≥ 60% (24.5% vs 16.7%; p = 0.035). All'analisi multivariata, la LND è risultata indipendentemente associata alla CSS sia quando considerata come variabile continua (HR 1.97; p = 0.018) sia quando considerata come variabile dicotomica (< 60% vs ≥ 60%), dopo averla corretta per età, stadio patologico, grado e presenza di metastasi a distanza sincrone (HR 1.62; p = 0.021).

**Conclusioni:** una maggiore LND è significativamente associata con una peggiore CSS. Pazienti con una LND < 60% hanno una CSS a 5 anni significativamente migliore rispetto ai pazienti con LND ≥ 60%. La LND è un valido fattore discriminatorio sulla CSS per i pazienti affetti da RCC con LNs positivi.

Abstract n. 64 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**IL TIMING DELLA PROGRESSIONE TUMORALE È UN FATTORE PREDITTIVO IMPORTANTE SULLA SOPRAVVIVENZA CANCRO SPECIFICA IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA A CELLULE RENALI CON METASTASI ALLA DIAGNOSI**  
 Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Zigeuner R.<sup>2</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Da Pozzo L.<sup>3</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Medical University of Graz, Austria; <sup>3</sup>Ospedali Riuniti, Bergamo

**Obiettivi:** Valutare se il timing della progressione tumorale (TTP) è un fattore predittivo sulla sopravvivenza cancro specifica (CSS) dopo nefrectomia radicale in pazienti affetti da carcinoma a cellule renali metastatici alla diagnosi (mRCC).

**Metodi.** Lo studio include 128 pazienti, sottoposti a nefrectomia radicale per mRCC tra il 1987 ed il 2006, che hanno avuto una progressione di malattia. Il TTP è stato calcolato dalla data dell'intervento alla data della prima progressione di malattia in accordo con i criteri RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors). La CSS è stata calcolata dalla data della prima progressione di malattia a quella del decesso o dell'ultimo follow-up per i pazienti vivi. I fattori predittivi sulla CSS sono stati valutati con metodo Kaplan-Meier ed analisi uni- e multivariata Cox. Inoltre, abbiamo cercato di identificare con analisi uni- e multivariata i fattori che possono predire il rischio di una progressione precoce (inferiore ai 6 mesi) di malattia.

**Risultati:** la sopravvivenza mediana dopo progressione è stata di 8 mesi. L'età mediana dei pazienti era 61 anni (range 27-87). Il TTP mediano è risultato pari a 7,5 mesi (range 2-198). Il follow-up mediano per i pazienti vivi è stato di 37 mesi (range 2-235). **Caratteristiche dei pazienti:** pT1-pT2/pT3a/pT3b-c/pT4: 29/17/32/50, rispettivamente; G2/G3/G4: 53/62/13, rispettivamente; pN0-x/pN+: 98/30. Il TTP, considerato come variabile continua, è risultato significativamente associato con la CSS (p = 0,008). La sopravvivenza mediana dopo progressione era significativamente

differente tra i pazienti in cui il TTP era inferiore a 6 mesi rispetto a quelli in cui il TTP era uguale o superiore a 6 mesi (4,5 vs 20 mesi:  $p < 0,001$ ). All'analisi multivariata, lo stato linfonodale (pN+ vs pN0-x) e il TTP inferiore a 6 mesi sono risultati gli unici fattori predittivi indipendenti della CSS ( $p = 0,045$ , HR 1,55; e  $p < 0,001$ , HR 0,33, rispettivamente), corretti per età, stadio, grado e presenza di metastasi a distanza in più sedi. All'analisi uni- e multivariata, lo stato linfonodale e la presenza di metastasi a distanza in più sedi sono risultati entrambi fattori predittivi per una progressione di malattia precoce.

**Conclusioni:** nei pazienti affetti da mRCC, un TTP inferiore a 6 mesi è significativamente associato con una peggiore CSS. La presenza di malattia linfonodale e metastasi a distanza in più sedi sono fattori predittivi indipendenti per una progressione di malattia precoce.

Abstract n. 65 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**IL NUMERO DI LINFONODI POSITIVI INFLUISCE SULLA SOPRAVVIVENZA CANCRO-SPECIFICA NEI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA A CELLULE RENALI CON LINFONODI POSITIVI**

**Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>2</sup>, Scattoni V.<sup>1</sup>, Angiolilli D.<sup>1</sup>, Sozz F.<sup>1</sup>, Terrone C.<sup>2</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Ospedale Maggiore della Carità, Novara

**Obiettivi:** valutare l'impatto del numero di linfonodi positivi (LNs) sulla sopravvivenza cancro specifica (CSS) nei pazienti affetti da carcinoma a cellule renali (RCC) con linfonodi positivi.

**Metodi:** tra il 1987 e il 2006, 153 pazienti affetti da RCC sono stati sottoposti a nefrectomia radicale (NR) e linfadenomectomia (LND) in tre differenti Centri Urologici. L'estensione della LND è stata variabile, a discrezione del chirurgo. Per determinare i fattori predittivi sulla CSS è stato impiegato il metodo di Kaplan-Meier e l'analisi uni- e multivariata sec. Cox. È stato, inoltre, valutato il cut-off maggiormente informativo dei LNs positivi.

**Risultati:** il follow-up mediano è stato di 12 mesi (range: 1-234). Il follow-up mediano per i pazienti vivi è stato di 53 mesi (range 2-234). L'età mediana dei pazienti era di 60 anni (range 21-83). Caratteristiche dei pazienti: pT1/pT2/pT3a/pT3b/pT3c-4: 15/31/26/61/20, rispettivamente; pN1/pN2: 50/103, rispettivamente; G2/G3/G4: 53/85/16, rispettivamente; M0/M+: 73/80, rispettivamente. Non è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa nella CSS a 5 anni tra pazienti pN1 e pN2 (22.9% vs 22.2%;  $p = 0.41$ ). Il numero mediano di LNs rimossi è stato 10 (range: 1-35); il numero mediano di LNs positivi è stato 3 (range: 1-20). Un numero maggiore di LNs positivi è risultato statisticamente associato ad una peggiore CSS ( $p = 0.002$ ; HR 1.07). Il cut-off di LNs positivo maggiormente discriminatorio per la CSS è stato 4. Pazienti con  $< 4$  LNs positivi hanno una CSS a 5 anni significativamente migliore dei pazienti con 4 o più LNs positivi (27% vs 14%;  $p = 0.003$ ). All'analisi multivariata, il numero di LNs positivi è risultata indipendentemente correlata con la CSS sia se considerata come variabile continua (HR 1.07;  $p = 0.005$ ) sia quando considerata come variabile dicotomica ( $< 4$  vs  $\geq 4$ ), corretta per età, stadio patologico, grado e metastasi a distanza sincrone (HR 1.69;  $p = 0.01$ ). L'attuale classificazione pN non risulta fattore predittivo per la CSS, quando corretta per età, stadio patologico, grado e metastasi a distanza sincrone.

**Conclusioni:** un numero maggiore di LNs positivi è significativamente correlato con una peggiore CSS. Pazienti con  $< 4$  LNs positivi hanno un CSS a 5 anni significativamente migliore rispetto ai pazienti con 4 o più LNs positivi. Nella nostra popolazione, l'attuale classificazione pN dei LNs positivi non è significativa-

mente correlata con l'outcome dei pazienti, mentre la classificazione  $< 4$  o  $\geq 4$  LNs positivi sembra riflettere meglio l'impatto del coinvolgimento linfonodale sulla CSS.

Abstract n. 66 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.02 Sala Borromeo)  
**IDENTIFICAZIONE DEL NUMERO MINIMO DI LINFONODI RIMOSI DURANTE NEFRECTOMIA RADICALE NECESSARI PER UN'ACCURATA STADIAZIONE DEL CARCINOMA A CELLULE RENALI**

**Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>2</sup>, Strada E.<sup>1</sup>, Petralia G.<sup>1</sup>, Matloob R.<sup>1</sup>, Scattoni V.<sup>1</sup>, Sozzi F.<sup>1</sup>, Terrone C.<sup>2</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Ospedale Maggiore della Carità, Novara

**Obiettivi:** identificare il numero minimo di linfonodi (LNs) necessari per identificare uno o più LNs positivi, in pazienti affetti da carcinoma a cellule renali (RCC), sottoposti a nefrectomia radicale (RN).

**Metodi:** tra il 1987 ed il 2006, 821 pazienti sono stati sottoposti a RN e linfadenomectomia in due diversi Centri Urologici. L'estensione della linfadenomectomia è stata a discrezione del chirurgo. Per valutare la probabilità di diagnosticare il coinvolgimento linfonodale (LNI) in base al numero totale di LNs rimossi è stata impiegata la curva ROC (Receiver operating curve). Inoltre, la relazione tra il numero di LNs rimossi e percentuale di LN positivi è stata indagata mediante analisi uni- e multivariata Cox.

**Risultati:** 153 (18,6%) pazienti su 821 avevano LNs positivi. L'età mediana è stata pari a 60 anni (range: 27-88). Caratteristiche dei pazienti: pT1/pT2/pT3a/pT3b/pT3c/pT4: 220/100/249/206/33/13, rispettivamente; G1/G2/G3/G4: 51/425/305/40, rispettivamente; M0/M+: 627/194, rispettivamente.

Il numero mediano di LNs rimossi è stato pari a 9 (media 10, range 1-43); il numero mediano di LNs positivi è stato 3 (range 1-20). La curva ROC ha dimostrato che la rimozione di 18 LNs garantisce una probabilità del 90% di diagnosticare uno o più LNs positivi. La rimozione di 12 LNs garantisce una probabilità del 75% di individuare uno o più LNs positivi. All'analisi multivariata, un numero maggiore di LNs rimossi era indipendentemente associato con la diagnosi di LNI, se corretto per le variabili preoperatorie (età, dimensioni del tumore, metastasi a distanza e linfadenopatia) ( $p = 0.003$ ; Odds Ratio 1.04) e per lo stadio patologico ed il grado ( $p < 0.001$ ; Odds Ratio 1.05). Questi risultati sono stati confermati anche nel sottogruppo di pazienti senza metastasi a distanza ( $p = 0.04$  and  $0.02$ , respectively).

**Conclusioni:** i nostri dati suggeriscono che è necessario rimuovere almeno 12 LNs durante RN per ottenere una probabilità del 75% di diagnosticare uno o più LNs positivi. Inoltre, sarà necessario un miglioramento nella specificità della linfadenomectomia per rimuovere un numero maggiore di LNs. Il numero di LNs rimossi è significativamente associato al LNI sia nell'intera popolazione sia nel sottogruppo di pazienti senza metastasi a distanza.

Abstract n. 67 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.01 Sala Sforza)

**FATTORI PREDITTIVI DELLA SOPRAVVIVENZA CANCRO-SPECIFICA IN PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA A CELLULE RENALI METASTATICI ALLA DIAGNOSI**

**Bertini R.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Zigeuner R.<sup>2</sup>, Strada E1, Petralia1, Sozzi F.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Università Vita-Salute San Raffaele, Milano; <sup>2</sup>Medical University of Graz, Austria

**Obiettivi:** Valutare i fattori che influenzano la sopravvivenza can-

cro-specifica (CSS) in pazienti affetti da carcinoma a cellule renali (RCC) metastatici alla diagnosi.

**Metodi:** lo studio comprende 269 pazienti, sottoposti a nefrectomia radicale (n = 245) o a tumorectomia renale (n = 24) per RCC metastatici alla diagnosi, tra il 1984 ed il 2006 in due Centri Urologici. L'analisi statistica è stata effettuata mediante il modello Kaplan-Meier e l'analisi univariata e multivariata sec. Cox.

**Risultati:** La sopravvivenza mediana è risultata di 15 mesi. Il follow-up mediano per i pazienti vivi è stato di 25 mesi (range 1-234). L'età mediana dei pazienti è risultata pari a 61 anni (range: 27-88). Caratteristiche dei pazienti: pT1/pT2/pT3a/pT3b-c/pT4: 41/20/89/108/11, rispettivamente; pN0-x/pN+: 197/72; G1-2/3/4: 124/121/24. La sopravvivenza mediana è variata significativamente secondo il grado patologico (22, 12 e 5 mesi per G1-2, G3 and G4, rispettivamente;  $p < 0.001$ ); il pT (35, 25, 15, 12 e 10 mesi per pT1, pT2, pT3a, pT3b-c e pT4, rispettivamente;  $p = 0.02$ ); lo stato linfonodale (19 e 7 mesi per pNx/pN0 e pN+, rispettivamente;  $p < 0.001$ ); la presenza di metastasi a distanza in una o più sedi (25 e 10 mesi, rispettivamente;  $p < 0.001$ ); la presenza o l'assenza di aspetti sarcomatoidi (25 e 10 mesi, rispettivamente;  $p < 0.001$ ). All'analisi multivariata, il pT, il grado, lo stato linfonodale e la presenza di metastasi a distanza in una o più sedi sono risultati fattori predittivi indipendenti sulla CSS ( $p = 0.008$ , HR 1.21;  $p = 0.032$ , HR 1.31;  $p = 0.03$ , HR 1.47 and  $p < 0.001$ , HR 1.64, rispettivamente). I sottotipi istologici non hanno influenzato la CSS. All'analisi univariata e multivariata, non si evidenzia una differenza statisticamente significativa in termini di CSS tra pazienti sottoposti a tumorectomia renale e nefrectomia radicale ( $p = 0.15$ ; HR 0.65).

**Conclusioni:** Nei pazienti affetti da RCC metastatici alla diagnosi, lo stadio patologico, il grado, lo stato linfonodale e la presenza di metastasi a distanza in una o più sedi sono fattori prognostici indipendenti sulla CSS. Inoltre, la tumorectomia renale sembra non diminuire la sopravvivenza.

Abstract n. 69 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 00)

### **3DCRT 80 GY NEL TUMORE DELLA PROSTATA: ANALISI RETROSPETTIVA DELLA SOPRAVVIVENZA E DELLA TOSSICITÀ CRONICA RETTALE E URINARIA**

**Tramacere F., Gianicolo E.L.<sup>1</sup>, Caramia G.R.<sup>1</sup>, Francavilla M.C., De Tommaso C., Castagna R., Petruzzelli MF, Devicenti S., Pili G.<sup>2</sup>, Florio T.<sup>2</sup>, Vinella M., Portaluri M.**

<sup>1</sup>U.O. Radioterapia ASL Brindisi. Istituto di fisiologia clinica CNR;

<sup>2</sup>UO Fisica sanitaria ASL Brindisi

**Scopo:** Analizzare la sopravvivenza e le complicanze acute e tardive dei pazienti trattati con 3DCRT (Radioterapia Conformazionale Tridimensionale) 80 Gy su prostata e vescichette.

**Materiali:** Tra il 2001 e il 2004, 101 pazienti con stadio clinico II di neoplasia prostatica (T1c: tumore identificato con ago-biopsia per riscontro di PSA elevato) sono stati trattati con radioterapia 3DCRT c/o U.O. di radioterapia ospedale "A. Perrino" Brindisi. L'età media dei pazienti all'inizio della RT è stata di 71 anni (DS 5.8, range, 55-85). Il PSA medio alla diagnosi era di 20.4 ng/ml (DS 28.2, range 1-210). Il grado di Gleason medio alla diagnosi era di 5.8 (DS 1.9, range 2-10). Tutti i pazienti sono stati stratificati, sulla base dello stadio clinico, del livello massimo di PSA e del grado di Gleason in 3 gruppi di rischio: gruppo favorevoli 16 pazienti (15.8%); gruppo a rischio intermedio 51 pazienti (50.5%) e nel gruppo sfavorevole 34 pazienti (33.6%). Il 96% dei pazienti ha utilizzato ormonoterapia; 55 pazienti (54.4%) con blocco androgenico totale, 12 pazienti (11.8%) con LH-RH analogo e 30 pazienti (29.7%) con agonista periferico. Il follow-up post trattamento è stato effettuato ad intervalli di 3-6 mesi. Il follow-up medio è stato di 1985 giorni (5.4 anni) range 469-4846

giorni. L'analisi è stata effettuata nel dicembre 2008. Tutti i pazienti sono stati clinicamente valutati per le complicanze rettili e urinarie acute secondo "RTOG acute effect score" e croniche secondo "RTOG/EORTC late effects score".

**Metodi:** I pazienti sono stati trattati in accordo con le indicazioni del "Memorial Sloan-Kettering Cancer Center": 3DCRT con collimatore multilamellare da 1 cm, fotoni da 6 o 15 MV con frazioni da 2 Gy, 6 campi di trattamento. La dose prescritta all'isocentro è stata per tutti i pazienti di 80 Gy su prostata e vescichette seminali. L'istogramma dose-volume è stato calcolato per il PTV (Planner Treatment Volume) e per gli organi a rischio quali: il retto, la vescica e le teste femorali. Un centimetro di espansione è stato aggiunto al CTV (Clinical Target Volume) in tutte le direzioni tranne posteriormente dove è stata considerata invece un'espansione di 5 mm. Le immagini TAC sono state acquisite con scansioni di 5 mm.

**Risultati:** Le recidive biochimiche sono state riscontrate in 19 pazienti (18,8%), di queste 3 (3%) avevano anche recidive linfonodali e 7 (6,9%) metastasi ossee. Rispetto allo stato prognostico abbiamo riscontrato 11 recidive (61%) nei pazienti in stato sfavorevole; 8 (39%) nel gruppo intermedio e nessuna nel gruppo dei favorevoli. I pazienti vivi senza malattia sono stati 75 (74,3%), quelli vivi con malattia sono stati 14 (13,9%); quelli morti per altre cause sono stati 8 (7,9%) e quelli morti per la malattia solo 4 (4%). La sopravvivenza totale a 5 anni è stata dell'88,1 %, la sopravvivenza causa specifica è stata del 96% mentre la sopravvivenza libera da malattia è stata 74,3%. La sopravvivenza libera da malattia attuariale in base allo stato prognostico è stata calcolata essere a 5 e 7 anni del 95% per il gruppo favorevole; dell'84% per entrambi gli anni per il gruppo intermedio; e del 67% a 5 anni e del 57% a 7 anni per il gruppo degli sfavorevoli. Il volume del PTV medio è stato di 142,7 cc, (range 21,6-268,7 cc, D.S. 47,8). La media della percentuale di volume del retto che ha ricevuto 70 Gy (V70Gy) è stata del 20,2% (D.S.8,7; range 11-49). La media della percentuale di volume del retto che riceve 60 Gy (V60Gy) è stata del 26,8% (D.S.9,8; range 5,5-60). La media della percentuale di volume del retto che riceve 50 Gy (V50Gy) è stata del 33,9% (D.S.9,8; range 10-66). La media della percentuale di volume della vescica che riceve 70 Gy (V70Gy) è stata del 27,8% (D.S.13; range 0-60,9). Per quanto riguarda la tossicità le complicanze urinarie acute di grado G1 sono state 27 (26,7%) mentre quelle di grado G2 sono state 8 (7,9%) nessun G3 o G4; quelle croniche di grado G1 sono state 8 (7,9%) mentre quelle di grado G2 sono state 1 (1%), quelle di grado G3 2 (2%) e nessun G4. Le complicanze rettili acute di grado G1 sono state 16 (15,8%) mentre quelle di grado G2 sono state 1 (1%) quelle di grado G3 1 (1%) nessun G4; quelle croniche di grado G1 sono state 1 (1%) mentre quelle di grado G2 sono state 4 (4%), quelle di grado G3 1 (1%) e nessun G4. È stato ricercato anche un indicatore sintetico di tossicità: il quale ha riportato che il 51,5% dei pazienti non ha mai avuto nessun disturbo né acuto né cronico; mentre il 15 % dei pazienti ha avuto almeno un disturbo cronico.

**Discussione:** Ci sono 6 punti importanti su cui aprire una discussione: 1) Il trattamento è stato effettuato con 3DCRT 80 Gy. Una dose molto alta per il tipo di tecnica utilizzata. Numerosi sono gli studi i quali indicano che un aumento della dose porta ad un maggiore controllo della malattia. Zelefsky et al (J Urol 2001) riportano una riduzione della percentuale di biopsie positive all'aumentare della dose erogata, con un tasso del 57% dopo 64,8 Gy, del 45% dopo 70,2 Gy e del 7% dopo 81 Gy. Lo studio di Levegrun (Radiother Oncol 2002) mette in evidenza solo un minimo beneficio nell'incremento della dose nel trattamento con 3DCRT dei pazienti a prognosi favorevole, mentre è dimostrato un significativo incremento della bNED a 5 anni nei pazienti a prognosi intermedia e sfavorevole. Pollack (Urology 1998) in uno studio su 289 pazienti in stadio T1-T2 trattati con 3DCRT >67 Gy

ha ottenuto una bNED a 3 anni dell'87% (90% e 81% per i pazienti con PSA rispettivamente di 10 e > 10 ng/ml.2). Nel nostro studio tutti i pazienti indipendentemente dallo stadio prognostico sono stati trattati con la stessa dose. 3) Tutti i pazienti indipendentemente dal rischio di coinvolgimento linfonodale, anche quando il rischio era molto alto, non sono mai stati sottoposti ad irradiazione della pelvi. 4) Il trattamento è stato effettuato con dosi di 80 Gy all'isocentro con un volume unico comprendente la prostata e le vescichette seminali. 5) La maggior parte dei pazienti che afferisce al nostro centro vi giunge con una terapia ormonale in atto, anche quando sono pazienti con stadi favorevoli. Infatti i pazienti sottoposti a terapia ormonale sono stati il 96%. Molti studi confermano i migliori risultati dell'associazione. Bolla (The Lancet 2002) pubblica uno studio dell'EORTC di fase III nel quale ha confrontato la radioterapia da sola vs la radioterapia associata ad un analogo LHRH (Goserelin). Dai risultati si evince una differenza statisticamente significativa sia nella DFS (74% vs 40%) che nella OS (78% vs 62%) a 5 anni del trattamento combinato rispetto a quello esclusivo radioterapico. Nel sottogruppo T3-T4 i risultati sono ancora migliori sempre a favore del trattamento combinato (DFS 94% vs 78%; OS 78% vs 60%). 6) La tossicità. Per quanto riguarda la tossicità, come si evince dai risultati, non abbiamo riscontrato nessun episodio di grado 4. La tossicità vescicale cronica di grado G3 si è avuta in 2 pazienti (2%), mentre quella rettale cronica G3 solo in 1 paziente (1%). Dati questi in linea con i dati di tossicità riportati in letteratura. **Conclusioni:** La 3DCRT 80 Gy è il "Gold standard" nel nostro centro. Tutti i pazienti in stadio favorevole sono ad oggi liberi da malattia. Nonostante la dose è un trattamento ottimamente tollerato, come si vede anche dai dati di tossicità. Negli stadi sfavorevoli il nostro centro ha aderito ad un protocollo multicentrico di fase III che prevede un ipofrazionamento (3,1 Gy die per 4 giorni a settimana fino a 61 Gy).

Abstract n. 70 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**POTENZIALE USO DI PIÙ BIOMARKERS MOLECOLARI PER LA DIAGNOSI DI CARCINOMA VESCICALE**

**Cochetti G.<sup>1</sup>, Cottini E.<sup>1</sup>, Mezzasoma L.<sup>2</sup>, Del Buono C.<sup>2</sup>, Antognelli C.<sup>2</sup>, Stracci F.<sup>3</sup>, Talesa V.N.<sup>2</sup>, Mearini E.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Chirurgia Urologica, Andrologica e Tecniche Mini-Invasive. Università degli Studi di Perugia – Terni; <sup>2</sup>Dipartimento di Medicina Sperimentale, Divisione di Biologia Cellulare e Molecolare, Università degli Studi di Perugia; <sup>3</sup>Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche e Salute Pubblica, Sezione di Salute Pubblica, Università degli Studi di Perugia

**Introduzione:** Sebbene il campo dei biomarkers tumorali per il carcinoma vescicale sia in rapida evoluzione, attualmente non esiste un marker ideale. L'utilizzo di markers molecolari e la loro analisi combinata potrebbe aumentare il potere diagnostico di tale test.

**Materiali e Metodi:** In questo studio abbiamo valutato quantitativamente i livelli dei trascritti di tre differenti geni legati alla cancerogenesi vescicale: RNA Telomerasi Umana (hTR), la Trascrittasi Inversa della Telomerasi Umana (hTERT) e la Subunità 2 Regolatoria della Proteina Chinasi CDC28 (CKS2).

La quantità totale di RNA messaggero è stata poi misurata attraverso la reazione polimerasica a catena con tecnica Real Time nei liquidi di lavaggio vescicale di pazienti con e senza carcinoma vescicale. L'analisi non parametrica ROC è stata poi eseguita per valutare l'accuratezza delle variabili studiate. In modo da distinguere i casi di carcinoma vescicale dai controlli. Il potere diagnostico dei tre markers combinati è stato valutato mediante un'analisi logistica regressiva.

**Risultati:** La determinazione dei trascritti dei geni hTR, hTERT e CKS2 nel liquido di lavaggio vescicale ha mostrato differenze

statisticamente significative tra i pazienti con carcinoma vescicale e i controlli.

L'area sotto la curva ROC (AUC) è risultata pari a 0,67 per hTR, 0,68 per hTERT e 0,72 per CKS2.

Tuttavia l'associazione di hTR e CKS2 ha mostrato un ulteriore miglioramento della performance diagnostica rispetto a quella dei markers esaminati singolarmente (AUC= 0,90).

**Conclusioni:** La determinazione dei trascritti dei markers hTR, hTERT e CKS2 nel liquido di lavaggio e ancor più la combinazione di hTR e CKS2 potrebbero diventare dei test molecolari in grado di migliorare la diagnosi di carcinoma vescicale.

Abstract n. 71 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escrettrice - ore 14.01 Sala Sforza)

**ESPRESSIONE DI HSP90 COME FATTORE PREDITTIVO NELLA NEOPLASIA VESCICALE NON MUSCOLO INVASIVA DI ALTO GRADO**

**Longo F.<sup>1</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>, Del Nero A.<sup>1</sup>, Mangiarotti B.<sup>1</sup>, Gazzano G.<sup>2</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Clinica Urologica III – Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano; <sup>2</sup>Cattedra di anatomia ed istologia patologica II – Polo Universitario Ospedale S. Paolo Milano

**Obiettivi:** Il carcinoma vescicale non muscolo invasivo di alto grado (HGNMIBC) presenta un alto tasso di recidiva e progressione in malattia muscolo invasiva nonostante l'immunoprofilassi con BCG. Attualmente non esistono sicuri parametri biologici identificativi dei pazienti ad alto rischio. Alcuni lavori in letteratura hanno evidenziato il valore prognostico dell'espressione di HSP90 nel HGNMIBC BCG trattato rispetto a recidiva e progressione. Scopo del nostro studio è stato valutare la relazione tra espressione di HSP90 e recidiva nei HGNMIBC BCG trattati. **Pazienti e Metodi:** Dal gennaio 2001 al novembre 2007 sono giunti alla nostra osservazione 97 casi di HGNMIBC. Oggetto di questa valutazione sono stati 42 casi, 31 (74%) maschi e 11 (26%) femmine, età media 71 anni (range: 47-84) con follow up medio di 40 mesi (range:10-96). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a TURV, 24 (57%) sono stati sottoposti a re-TURV a 30-45 giorni dalla prima TURV, in 12/24 (50%) positiva. Tutti i pazienti hanno poi ricevuto immunoprofilassi endovesicale con BCG 81 mg. secondo lo schema di Lamm. Il follow up è stato eseguito mediante cistoscopia e citologie urinarie ogni 3 mesi per i primi 2 anni, quindi ogni 6 mesi per 3 anni ed infine annualmente. 28/42 (66%) pazienti ha presentato recidiva, 3/42 (7%) progressione. Il tempo medio alla recidiva è stato di 11 mesi (range: 3-30), alla progressione 13 mesi (range: 9-16). Tutti i campioni sono stati sottoposti ad analisi istologica convenzionale e ad analisi dell'immunoreattività per HSP90 dallo stesso patologo. I casi con immunoreattività presente in un numero superiore al 30% delle cellule neoplastiche sono stati considerati positivi.

La valutazione statistica è stata condotta con il t-test di student.

**Risultati:** L'espressione di HSP90 nei due gruppi di pazienti non ha presentato differenze statisticamente significative in termini di frequenza di recidiva. Si è invece evidenziata una relazione statisticamente significativa (p = 0.04) tra HSP90 (cut-off 30%) ed il tempo alla recidiva (pazienti con recidiva 6 mesi).

Non abbiamo valutato il valore di HSP90 riguardo alla progressione a causa del piccolo numero di eventi (3/42).

**Conclusioni:** Alla luce di tali dati, questo studio non ha confermato i lavori precedenti sull'affidabilità di HSP90 nell'individuazione dei pazienti a maggior rischio di recidiva. Abbiamo invece evidenziato, dato non riportato in letteratura, una relazione statisticamente significativa tra espressione di HSP90 e tempo alla recidiva. Tale riscontro potrebbe trovare applicazione nel creare una sottocategoria di HGNMIBC che necessitano di follow up più

stretto e che per tale motivo possano necessitare di trattamenti più aggressivi.

#### Bibliografia

Thierry Lebret, R. William G. Watson, Vincent Molinie', Amanda O'Neill, Christophe Gabriel, John M. Fitzpatrick, Henry Botto. *Heat Shock Proteins HSP27, HSP60, HSP70, and HSP90 expression in Bladder Carcinoma. CANCER September 1, 2003 / Volume 98 / Number 5/ pag. 970-977.*

Thierry Lebret, R. William G. Watson, Vincent Molinie', Jean-Eudes Poulain, Amanda O'Neill, John M. Fitzpatrick, Henry Botto. *HSP90 Expression: A New Predictive Factor for BCG response in Stage T1 Grade 3 Bladder Tumours. Eur. Urol. 2007 (51) 161-167.*

Abstract n. 72 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### IDENTIKIT DEL CA PROSTATICO DI CATANZARO E DINTORNI

Spasari A.<sup>1</sup>, Nisticà F.<sup>1</sup>, Militi V.<sup>1</sup>, Sutera A.<sup>2</sup>, Mazzei A.<sup>2</sup>, Pirritno D.<sup>1</sup>, Falvo F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. di Urologia Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" – Caanzaro; <sup>2</sup>Registro Regionale Tumori ASP Catanzaro

L'incremento della vita media della popolazione ha fatto lievitare il numero degli esami e delle procedure finalizzate alla diagnosi del Tumore della Prostata, con conseguente incremento dei costi. Tutto ciò a fronte di una maggiore istanza, da parte dell'utenza, indotta dai mezzi di comunicazione. Dai dati desunti dal Registro Tumori relativo alla nostra area geografica sono stati estratti quelli relativi al periodo 1997-2008 circa il numero di biopsie prostatiche, la scoperta di Carcinomi della Prostata, il tasso di mortalità causa-specifico; questi sono stati messi in relazione alla media europea riguardo i casi attesi, il numero di morti per patologia tumorale prostatica e polmonare, anche in relazione alle procedure terapeutiche attuate all'eventuale incremento di numero di anni di vita. A margine, è stato osservato come in un'area specificata del litorale ionico il numero reale di casi di carcinoma prostatico si è rivelato estremamente più basso rispetto a quello atteso nella popolazione in generale, facendo supporre l'esistenza di fattori protettivi (come nell'est asiatico) che necessitano di ulteriori approfondimenti e studi.

Abstract n. 73 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

#### PAPILLOMA INVERTITO DEL TRATTO URINARIO ALTO

Altieri V.M.<sup>1</sup>, Castellucci R.<sup>1</sup>, Berardinelli F.<sup>1</sup>, Verratti V.<sup>2</sup>, Iannucci M.<sup>3</sup>, Olivieri R.<sup>1</sup>, Angelucci D.<sup>1</sup>, Altieri B.<sup>4</sup>, Zezza A.<sup>1</sup>, Tenaglia R.L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ospedale CLINICIZZATO – SS. ANNUNZIATA di Chieti;

<sup>2</sup>Dipartimento di scienze mediche di base ed applicate di Chieti;

<sup>3</sup>Asl 11 di Vercelli; <sup>4</sup>Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

**Caso clinico:** Una donna di 69 anni, non fumatrice, è stata ricoverata per IRA con oliguria e dolore al fianco destro. Circa 1 anno fa, la paziente era stata sottoposta ad ureteroscopia e biopsia del tratto ureterale lombare di sinistra, a causa di una stenosi che provocava ureteroidronefrosi omolaterale, evidenziata alla TAC con mdc. Il referto istologico aveva evidenziato minuto frammento di lamina propria edematosa con lieve infiltrato flogistico cronico. Dopo tre mesi è stata ripetuta l'ureteroscopia sinistra con esito negativo per stenosi significative. Dopo sei mesi la citologia urinaria presentava in uno dei tre campioni un raggruppamento unico di cellule uroteliali atipiche; per il resto risultavano cellule transizionali con alterazioni da flogosi, cellule uroteliali con aspetti regressivi, numerosi granulociti e rare emazie.

**Materiali e Metodi:** Al nuovo ricovero per IRA risultavano i seguenti

valori ematochimici: Creatininemia 15, Azoto ureico 118, Uricemia 11,6 e Ves 86. Inoltre l'esame TAC addome completo senza mdc indicava una discreta ureteroidronefrosi bilaterale, con dilatazione dell'uretere destro fino in prossimità di S1 con presenza di materiale iperdenso a tale livello; si escludevano peraltro segni di fibrosi retroperitoneale. In cistoscopia il tentativo di cateterismo con doppio j di entrambi gli ureteri risultava possibile solo a sinistra. A destra è stata posizionata una sonda nefrostomica al fine di riportare rapidamente la funzionalità renale nella norma. L'RX transpielostomica destra mostrava dilatazione della pelvi e dell'uretere con interruzione del passaggio di mdc a livello lombare basso. Ottenuto il miglioramento delle condizioni cliniche della paziente, è stata eseguita l'ureteroscopia bilaterale. A sinistra un tratto stenotico rigido a livello lombare non ha permesso il passaggio dell'endoscopio e pertanto abbiamo riposizionato lo stent jj; a destra è stata visualizzata una reazione di tipo polipoide a livello dell'uretere lombare basso occludente il lume. Su tale processo sono stati eseguiti vari prelievi biotipi, che hanno portato alla diagnosi istologica di papilloma invertito con atipia citologica di grado lieve. Il processo polipoide risultava rivestito da epitelio transizionale, con numerosi nidi di Brun, talora in metaplasia ghiandolare, confinati nella parte fibrosa (asse) della neoplasia. Mediante una seconda ureteroscopia abbiamo sottoposto a vaporizzazione laser holmium la neoplasia dell'uretere destro e, dopo aver controllato che la mucosa a monte non presentava altre anomalie, abbiamo applicato un cateterino ureterale jj.

**Risultati:** Il decorso postoperatorio è stato regolare e dopo 45 giorni è stato tolto il cateterino ureterale destro. Al controllo ureteroscopico dopo tre mesi il lume ureterale destro risultava indenne da lesioni proliferative. A sinistra è stato sostituito il jj che è ancora presente. Inoltre i valori di funzionalità renale erano rientrati nella norma.

**Conclusioni:** La bilateralità dell'uretere e, lo stesso livello di localizzazione ureterale, sembrano avvalorare l'origine infiammatoria dei papillomi invertiti, ipotizzata per la prima volta da Caro e Tessler nel 1978. Inoltre l'utilizzo del trattamento laser, non riportato in passato in letteratura<sup>2</sup>, sembra aver permesso nel nostro caso di ridurre il rischio di complicanze intra e postoperatorie, come sanguinamento e stenosi dell'uretere, rispetto a trattamenti terapeutici precedenti come elettrocoagulazione o resezione, certo in un intento conservativo. Naturalmente la minore radicalità chirurgica e la possibile coesistenza di malignità sottolineano l'importanza di un accurato follow-up endoscopico a lungo termine.

#### Bibliografia

1. Caro DJ, and Tessler A: *Inverted papilloma of the bladder: a distinct urological lesion. Cancer, 42: 708-713, 1978.*

2. Spevak L, Herschorn S, and Srigley J: *Inverted papilloma of the upper urinary tract. J Urol 153: 1202-1204, 1995.*

3. Allen N. Chiura, Ari Wirtschafter, and Demetrius H. Bagley: *Upper urinary tract inverted papillomas. Urology 52: 514-516, 1998.*

4. Mark B. Lyon, Kevin C. Zorn, Marcelo A. Orvieto, David E. Rapp, Glenn S. Gerber, and Arie L. Shalhav: *Case report: Laparoscopic resection of ureteral inverted papilloma. Journal of Endourology 20: number 6, 2006.*

Abstract n. 74 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostata 3 - ore 08.00 Sala Visconti)

#### CARATTERIZZAZIONE DELLE PROTEINE LEGANTI LE SEQUENZE MARS NEL CARCINOMA PROSTATICO

Barboro P.<sup>1</sup>, Repaci E.<sup>1</sup>, Spina B.<sup>1</sup>, Truini M.<sup>1</sup>, Rubagotti A.<sup>1,2</sup>, Boccardo F.<sup>1,2</sup>, Balbi C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro; <sup>2</sup>Dipartimento di Oncologia, Biologia e Genetica, Università di Genova

**Introduzione e Obiettivi:** I principali descrittori della morfometria

nucleare, quali le dimensioni del nucleo, la sua forma, il contenuto di DNA e la struttura della cromatina sono normalmente usati dall'anatomopatologo come marcatori diagnostici di cancro; tuttavia l'esatta causa di questi cambiamenti ad oggi non è nota. Negli eucarioti la cromatina è organizzata in loops chiusi ancorati ad un supporto proteico: la matrice nucleare (NM). L'interazione tra la NM e la cromatina avviene attraverso specifiche sequenze chiamate MARs (Matrix Attachment Regions). Il legame delle MARs alla NM è un evento dinamico che dipende dal tipo e dal ciclo cellulare. Le MARs sono sequenze ricche in A-T posizionate vicino alle regioni trascrizionalmente attive del genoma così che la trascrizione inizia nelle regioni della cromatina ancorate alla NM. È noto che il pattern di espressione delle proteine della NM è caratteristico del tipo cellulare e del suo stato differenziativo ed analogamente le proteine leganti le MARs potrebbero essere caratteristiche dello stato patologico di uno specifico tessuto. Diverse proteine leganti le MARs sono state identificate; alcune di queste sono drammaticamente up-regolate nelle cellule tumorali ed in particolare la loro espressione è significativamente più elevata nei fenotipi più aggressivi (1). Queste osservazioni confermano l'ipotesi che modificazioni nell'espressione di alcune proteine leganti le sequenze MARs riflettono lo stadio dello sviluppo tumorale e sono essenziali per il globale cambiamento dell'espressione genica richiesta durante la progressione tumorale (2). Con questo studio ci proponiamo di caratterizzare nel carcinoma prostatico (PCa) le proteine della NM che legano le sequenze MARs e correlarne l'espressione con l'aggressività tumorale.

**Metodi:** Tecniche di proteomica differenziale associate a Southwestern blot bidimensionali, già messe a punto nel nostro laboratorio nel modello sperimentale dell'epatocarcinogenesi del ratto (3), sono state impiegate per caratterizzare le proteine della NM che legano le sequenze MARs. L'analisi è stata compiuta sia su linee stabilizzate di carcinoma di prostata a diverso grado di differenziamento (LNCaP e PC3) sia su proteine estratte da tessuti prostatici normali, non tumorali e tumorali a differente Gleason score, ottenuti dopo interventi di prostatectomia radicale. La sequenza sintetica XmnI di 370 bp, altamente ripetitiva, ricca in A-T e contenete una regione BUR (base unpairing region) è stata usata come sonda per gli esperimenti di legame che sono stati sempre condotti in presenza di un eccesso di 500 volte di DNA non specifico estratto da E. coli. come competitore

**Risultati:** Abbiamo individuato in base al peso molecolare, al punto isoelettrico e, dove possibile, all'impiego di anticorpi specifici, diverse classi di proteine leganti la sequenza XmnI. Tra queste abbiamo identificato alcune heterogeneous nuclear ribonucleoproteins, la lamina B, la citocheratina 8 e la Matrinx 3. Al diminuire del differenziamento cellulare, sia in vitro che in vivo, globalmente diminuisce l'affinità della sequenza alle proteine più basiche mentre compaiono alcune nuove proteine acide o nuove isoforme più acide. L'interazione con il DNA permane anche in presenza di 2 M NaCl dimostrando che siamo in presenza di un legame sequenza specifico e non di una semplice interazione elettrostatica. Risultati preliminari indicano che il legame alla sequenza XmnI di alcune proteine, a parità di Gleason, è più forte in presenza di metastasi e quindi potrebbe dipendere dall'aggressività del tumore.

**Conclusioni:** I nostri risultati confermano il ruolo fondamentale delle proteine leganti le sequenze MARs nella progressione tumorale e suggeriscono che queste proteine potrebbero essere nuovi possibili target terapeutici.

**Bibliografia**

1. Han et al., *Nature*, 452: 187, 2008.  
 2. Galande S. and Kohwi-Shigematsu T. *J. Cell. Biochem.*, 35: 36, 2000.  
 3. Barbora P. et al., *Exp Cell Res.*, 315: 226, 2009.

Abstract n. 75 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**CARATTERISTICHE CLINICO-PATOLOGICHE DEL CARCINOMA PROSTATICO NEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE CON PSA ≥ 4 NG/ML**

**Del Nero A.<sup>1</sup>, Gazzano G.<sup>2</sup>, Hussein MIY<sup>1</sup>, Itri E.<sup>1</sup>, Mangiarotti B.<sup>1</sup>, Longo F.<sup>1</sup>, Bernardini P.<sup>1</sup>, Cordima G.<sup>1</sup>, Inneo V.<sup>1</sup>, Kartalas-Goumas I.<sup>1</sup>, Montanari E.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Clinica Urologica III, Università degli Studi di Milano, Ospedale San Paolo; <sup>2</sup>Servizio di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Milano, Ospedale San Paolo

**Introduzione:** L'affinamento della diagnostica precoce del carcinoma prostatico ha incrementato il numero di pazienti sottoposti a prostatectomia radicale con livelli di PSA ancora nei limiti di normalità (1, 2, 3).

Abbiamo voluto analizzare, all'interno della nostra casistica, le risultanze anatomopatologiche in questo gruppo di pazienti.

**Materiali e Metodi:** Nel periodo 2001-2009 sono stati sottoposti a prostatectomia radicale 367 pazienti.

41 di questi (11,1%) presentavano preoperatoriamente livelli di PSA ≤ 4 ng/ml e sono stati oggetto di verifica delle condizioni anatomopatologiche finali.

**Risultati:**

In tabella sono riportate le principali caratteristiche clinico-patologiche dei 41 pazienti.

	Min	Max	Medio	SD
PSA (ng/ml)	1,4	4	3,15	0,9
Lunghezza cores bioptici (mm)	96	238	173,18	41,68
Lunghezza cores neoplastici (mm)	1	67	19,65	21,82
Volume prostatico (ml)	21	82	46,45	16,32
BMI	19,5	33,9	25,2	3,34

Upgrading finale è stato osservato in 14/41 casi (34,1%), 12/41 (29,2%) presentavano malattia extracapsulare e positività dei margini è risultata presente in 10/41 (24,3%) casi.

Nel corso del follow up sono state osservate due recidive biochimiche: a 36 e 43 mesi.

**Conclusioni:** Nella nostra esperienza, anche soggetti con PSA ≤ 4 ng/ml possono presentare una neoplasia prostatica clinicamente significativa con caratteristiche patologiche sfavorevoli.

**Bibliografia**

1. IM Thompson, DK Pauler, PJ Goodman et al. *Prevalence of prostate cancer among men with a prostate – specific antigen level = 4 ng per milliliter. N Engl J Med*, 350, 2239-2246, 2004.  
 2. S.Loeb, CM Gonzales, KA Roehl et al. *Pathological characteristics of prostate cancer detected through prostate specific antigen based screening. J Urol*, 175, 902-906, 2006.  
 3. AJ Stephenson, JS Jones, AV Hernandez et al. *Analysis of T1c prostate cancer treated at very low prostate specific antigen levels. Eur Urol*, 55, 610-616, 2009.

Abstract n. 76 poster (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**IMAGING RECETTORIALE DELLE NEOPLASIE PROSTATICHE CON ELEVATA CROMOGRANINA**

**Borzone C.<sup>1</sup>, Villa G.<sup>2</sup>, Gandolfo P.<sup>2</sup>, Sambuceti G.<sup>2</sup>, Carmignani G.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Clinica Urologica – A.O. Ospedale Università San Martino di Genova; <sup>2</sup>U.C. di Medicina Nucleare – A.O. Ospedale Università San Martino di Genova

L'adenocarcinoma prostatico è nella maggioranza dei casi inizialmente androgeno-dipendente e ciò rende attuabile una pri-



ma linea di terapia basata sulla manipolazione endocrina. La differenziazione neuroendocrina degli adenocarcinomi prostatici è stata segnalata con crescente frequenza, con un'incidenza che varia a secondo del volume e delle modalità di prelievo del materiale studiato nonché delle diverse tecniche immunocitochimiche utilizzate. La differenziazione neuroendocrina si associa alla ormono refrattarietà e ad una prognosi sfavorevole. Molto raramente i tumori prostatici possono configurarsi in ammassi neoplastici ad esclusivo citotipo neuroendocrino. I tumori di derivazione neuroendocrina esprimono sulla loro superficie recettori per la somatostatina che possono essere visualizzati scintigraficamente mediante l'impiego di analoghi della somatostatina marcati con sostanze radioattive. L'imaging medico nucleare dei recettori si effettua con gamma emittenti (Indium-111-DTPA-D-Phe1-octreotide – Pentetreotide OctreoScan® Tyco, Petten NL) o positroni emittenti PET (tetraazaciclododecatetracetato octreotide Dotatoc® marcato con 68Ga). L'evidenza di positività ai recettori per la somatostatina indica la possibilità di instaurare un'efficace terapia radiometabolica mediante l'impiego degli stessi analoghi della somatostatina, a lunga emivita marcati con radioisotopi beta emittenti.

**Materiali e Metodi:** 12 pazienti con adenocarcinoma prostatico ormono refrattario ed innalzamento della Cromogranina A totale >96 ng/ml con un range compreso tra 128 e 425 ng/ml (IRMA CIS Bio Inter, Gir sur Yvette, F). L'età media era pari a 73 anni (range 64-80). Tutti i pazienti sono stati sottoposti precedentemente a scintigrafia ossea total body (740 MBq di 99mTc HDP) e successivamente a scintigrafia con 140 MBq di 111In Octreoscan®.

**Risultati:** La scintigrafia ossea ha dimostrato metastasi in 8 pazienti (66%). La scintigrafia con Octreoscan® è risultata positiva in 3 pazienti su 8 positivi alla scintigrafia ossea e negativa negli altri. **Discussione:** Nonostante il ridottissimo numero di soggetti studiati, il nostro studio dimostra che l'imaging recettoriale con Pentetreotide è in grado di evidenziare la presenza di lesioni metastatiche scheletriche con recettori per la somatostatina in pazienti con adenocarcinoma prostatico ormono refrattario ed innalzamento della CgA, ma in bassa percentuale. Il limite di bassa sensibilità della metodica potrebbe essere superato dall'indagine PET, che per la sua elevata accuratezza, si pone come verosimile gold standard, una volta superati i limiti di diffusione dello strumento e del radiotracciante positronico, ad oggi di disponibilità molto limitata.

Abstract n. 77 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.00 Sala Borromeo)  
**STUDIO DEL COINVOLGIMENTO DEL POLYOMAVIRUS BKV NELLA PATOGENESI DEI TUMORI DEL TRATTO UROGENITALE**

**Matei D.V.<sup>1</sup>, Delbue S.<sup>2</sup>, Tremolada S.<sup>2</sup>, Elia F.<sup>3</sup>, Carloni C.<sup>2</sup>, Nordio A.<sup>1</sup>, Brescia A.<sup>1</sup>, Salomoni G.<sup>3</sup>, Bregni M.<sup>4</sup>, de Cobelli O.<sup>5</sup>, Ferrante P.<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup>Divisione di Urologia Oncologica Robotica, Ospedale San Giuseppe, Milano; <sup>2</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica-Microbiologia-Virologia, Università degli Studi di Milano; <sup>3</sup>Centro di Ricerca Trasazionale e Laboratorio di Patologia, Ospedale San Giuseppe; <sup>4</sup>Divisione di Oncologia Medica, Ospedale San Giuseppe, Milano; <sup>5</sup>Divisione di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano.

**Introduzione:** I meccanismi molecolari coinvolti nella tumorigenesi del tratto uro-genitale non sono ancora chiari. Si ipotizza che virus con tropismo uro-genitale possano rivestire un ruolo nell'oncogenesi. BKV è considerato un buon candidato come fattore di rischio, poiché, dopo infezione primaria asintomatica, instaura latenza nel tratto urinario, riattivandosi in caso di immunodepressione. Inoltre, BKV può indurre trasformazione tumorale in vitro e in vivo, per le proprietà oncogene di large T antigen,

codificata dalla regione early del genoma, che, inattivando p53 e pRb, altera i meccanismi di controllo del ciclo cellulare (1; 4). Numerosi studi hanno analizzato la distribuzione del genoma e l'espressione proteica di BKV nei tumori della prostata (PCA), nei tumori renali (RCC) e nei tumori a cellule transizionali (TCC), con risultati contrastanti (2;3). Il nostro studio che, al meglio delle nostre conoscenze, è il primo ad analizzare materiale fresco/congelato, si propone di verificare l'incidenza e la concordanza tra la presenza tissutale del virus, la viremia e la viremia nei pazienti con neoplasie del tratto uro-genitale.

**Materiali:** Previo consenso informato, tessuto, urine e siero sono stati raccolti da 61 pazienti sottoposti ad interventi chirurgici presso la Divisione di Urologia Oncologica Robotica, Ospedale S. Giuseppe da settembre 2008 a marzo 2009: 44 con patologie prostatiche (26 IPB e 18 PCA), 7 con patologie renali (6 RCC e 1 liposarcoma) e 10 con TCC (1 alta via, 8 vescicale e 1 pregresso).

**Metodi:** Il DNA virale è stato estratto dai campioni biologici (tessuti freschi/congelati a -80°C, siero, urine) e la presenza e la carica virale di BKV sono state analizzate mediante Real Time PCR specifica. La regione regolatoria (NCCR) di BKV è stata amplificata e sequenziata mediante analisi di sequenza automatizzata, dove possibile.

**Risultati:** Il genoma di BKV è stato ritrovato nel tessuto di 4/26 (15,3%) pazienti con IPB e in 4/18 (22,2%) pazienti con PCA. Non è stata evidenziata alcuna correlazione né tra la carica virale dei due gruppi (IPB:20 copie/ug; PCA:5,9 copie/ug), né con il valore del PSA. Il DNA di BKV non è stato ritrovato nei tessuti di pazienti con patologie renali (RCC+liposarcoma) e con TCC, ad esclusione di un tessuto sano renale del paziente con TCC dell'alta via escretrice.

BKV è stato amplificato in 7/58 campioni di siero (mediana: 6027 copie/ml; 4 IPB, 2 PCA e 1 TCC), e in 5/52 campioni di urine (mediana: 954,6 copie/ml; IPB). In un paziente con PCA c'è stata corrispondenza tra presenza del virus nel tessuto e nel siero. La NCCR di BKV sequenziata in 2 sieri si è rilevata altamente riarrangiata, con amplificazione del sito di legame per NF1.

**Conclusioni:** Il genoma di BKV mostra una bassa incidenza, al contrario di quanto suggerito da altri gruppi di ricerca (3). Sorprendentemente, il genoma di BKV è stato ritrovato con carica elevata e riarrangiato nei sieri, testimoniando un'eventuale riattivazione virale in sede extra tratto uro-genitale.

#### Bibliografia

- Gardner S et al. New human papovavirus BK isolated from urine after renal transplantation. *Lancet* 1971;1:1253-7
- Das D et al. Detection and expression of human BK virus sequences in neoplastic prostate tissues. *Oncogene* 2004;23:7031-46
- Das D et al. BK virus as a cofactor in the etiology of prostate cancer in its early stages. *J Virol* 2008;82:2705-14
- Small J et al. Early regions of JC virus and BK virus induce distinct and tissue-specific tumors in transgenic mice. *Proc Natl Acad Sci* 1986;83:8288-92

Abstract n. 78 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**STADIAZIONE DELLE NEOPLASIE VESCICALI: VALORE DELLA TUR IN BLOCCO**

**Ventura F., De Giacomo E., Rende G., Caruso A., Cozza P.P., Mele G.O., Mazza R.**

*Azienda Ospedaliera di Cosenza, Presidio dell' "Annunziata".*

**Introduzione:** La TUR è metodica di uso routinario nella stadiazione locale del ca della vescica. Viene abitualmente realizzata con tecnica "a strati" consistente nel resecare il tumore a strati successivi separatamente esaminati per definire il livello di infil-

trazione. Tale metodologia è gravata da un certo numero di inconvenienti che ne inficiano la validità: a) confusione delle fette prelevate dai vari strati che dovrebbero invece essere esaminate strato per strato; b) gravi lesioni da elettrobisturi sulle fette di resezione che rendono spesso difficile una precisa diagnosi istologica; c) difficoltà di emostasi nelle grosse neoplasie. In letteratura la stadiazione endoscopica a strati risulta gravata da un margine di errore del 30-50%. La resezione in blocco consente di ovviare a questi inconvenienti giacché permette di ottenere in un unico blocco l'intero frammento di parete vescicale contenente il tumore e realizzando così una vera cistectomia parziale endoscopica.

**Materiali e Metodi:** Strumentario: Resettore di Iglesias. Ottica 0°, ansa equatoriale.

**Tecnica:** La resezione ha andamento anterogrado. Inizia al margine anteriore della neoplasia: l'incisione si approfonda fino al pericistio ed al grasso perivescicale, il tumore è sollevato dalla camicia del resettore e distaccato in blocco. L'emostasi viene eseguita una sola volta man mano che procede la incisione. Pezzi superiori a 2x2cm vengono sezionati in modo ortogonale prima che vengano distaccati ottenendo comunque frammenti che comprendano la parete a tutto spessore. I pezzi vengono estratti con pinza o con ansa curva a 90°.

**Considerazioni:** Il materiale operatorio prelevato con TUR in blocco permette un notevole miglioramento nell'accuratezza della stadiazione patologica della neoplasia; l'orientamento dei fasci muscolari sottostanti alla lamina propria essendo questi sezionati in senso uniformemente ortogonale rispetto alla parete, consente un'ottima valutazione dell'estensione profonda della neoplasia.

**Conclusioni:** La TUR in blocco è la tecnica di elezione nella resezione e nella stadiazione del ca della vescica in quanto permette:

a) grande accuratezza nella stadiazione locale, b) possibilità per l'istologo di definire sempre e con precisione il livello di infiltrazione c) possibilità di differenziare i tumori in stadio T2b dai T3a d) più agevole emostasi nella resezione di voluminose neoplasie.

Abstract n. 79 COMUNICAZIONE (sessione del 23/06/2009, Rene - ore 14.00 Sala Borromeo)

**SEQUENTIAL TREATMENT WITH TARGETED THERAPY FOR METASTATIC RENAL CELL CARCINOMA (mRCC)**

**Procopio G.<sup>1</sup>, Guadalupi V.<sup>1</sup>, Verzoni E.<sup>1</sup>, Stagni S.<sup>2</sup>, Torelli T.<sup>2</sup>, Biasoni D.<sup>2</sup>, Piva L.<sup>2</sup>, Nicolai N.<sup>2</sup>, Salvioni R.<sup>2</sup>, Bajetta E.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano S.C. Oncologia Medica 2; <sup>2</sup>Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano S.C. Chirurgia Urologica

**Introduction and objectives:** In the last two years some drugs demonstrated a benefit in terms of clinical outcome in mRCC. Sorafenib (So) and Sunitinib (Su) are two tyrosine kinase inhibitors (TKI) approved for the treatment of mRCC. Our primary objective is to define the optimal sequence of both drugs.

**Methods:** Fifty patients with metastatic RCC were initially treated with Sorafenib and received Sunitinib at disease progression. In all patients, MSKCC prognostic score, histotype, safety data, disease control rate (DCR) and progression-free survival (PFS) for both drugs were recorded.

**Results:** Fifty patients (male/female 80/20%, median age 57 [30-76]) were treated with Sorafenib followed by Sunitinib at a single Institution from Dec 2005 to Jul 2008 and were evaluated retrospectively. According to MSKCC score, 56% of patients had good risk disease, 36% intermediate and 8% poor; 78% had clear cell histology; 68% had  $\geq 2$  metastatic sites. Twenty-seven (54%) patients were previously treated with  $\geq 1$  systemic therapy including cytokines, while 23 (46%) received Sorafenib alone or in association with low dose IL-2 as first line therapy. Under

Sorafenib treatment DCR was 86% (Partial responses 6% plus Stable Disease 80%) and median PFS was 41 weeks (range 7-135). Sunitinib showed a benefit in terms of DCR at 3 months in 80% of pts progressing after So. Median Progression Free Survival for Sunitinib treatment was 36 weeks (range 8-130). The overall median duration of sequential treatment (So-Su) was 17 months. No significant correlation was noted between different histotypes or number of previous therapies and response to TKI. Only 6 pts (12%) experienced progressive disease after both drugs; all of them had  $\geq 2$  sites of distant metastases and/or high risk disease. The most common adverse events (AE) were G1/2 and typical of TKI, including asthenia, hand-foot syndrome, hypertension and diarrhea.

**Conclusions:** This efficacy data suggest the absence of cross resistance between Sorafenib and Sunitinib and support the emerging use of sequential targeted treatments in mRCC.

1. Dudek AZ, Zolnierek J, Dham A, Lindgren BR, Szczylk C. *Sequential therapy with sorafenib and sunitinib in renal cell carcinoma. Cancer. 2009; 115(1):61-7.*

2. Motzer RJ, Hutson TE, Tomczak P, Michaelson MD, Bukowski RM, Rixe O, Oudard S, Negrier S, Szczylk C, Kim ST, Chen I, Bycott PW, Baum CM, Figlin RA. *Sunitinib versus interferon alfa in metastatic renal-cell carcinoma. N Engl J Med. 2007; 356:115-24.*

3. Procopio G, Verzoni E, Gevorgyan A, Mancin M, Pusceddu S, Catena L, Platania M, Guadalupi V, Martinetti A, Bajetta E. *Safety and activity of sorafenib in different histotypes of advanced renal cell carcinoma. Oncology. 2007; 73(3-4):204-9. Epub 2008 Apr 16.*

Abstract n. 80 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**I LIPOSARCOMI RENALI E LA PIELONEFRITE XANTOGRANULOMATOSA NELLA DIAGNOSTICA DIFFERENZIALE.**

**Tosco L.<sup>1</sup> Crivellaro S.<sup>1</sup> Guaitoli P.<sup>1</sup> Kocjancic E.<sup>1</sup> Frea B.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

**Introduzione e Obiettivi:** Il liposarcoma del tessuto adiposo perirenale rappresenta una patologia assai rara tanto da essere stata descritta in pochissimi in letteratura casi. Alla stessa maniera la pielonefrite xantogranulomatosa risulta essere un reperto poco comune ed è caratterizzata da segni clinico-radiologici che seppur caratteristici possono essere confusi con la patologia neoplastica. Lo scopo del lavoro è mettere in evidenza la difficoltà diagnostica preoperatoria ed anatomopatologica di queste due entità prendendo spunto da un caso clinico.

**Metodi:** Una paziente di 66 anni è stata studiata per la comparazione di una neoformazione grossolana all'emiaddome sinistro dopo una storia di infezioni recidivanti delle vie urinarie. I segni all'imaging nella valutazione preoperatoria evidenziavano tutti gli elementi della pielonefrite xantogranulomatosa: rene aumentato di volume, non funzionante, calcolo centrale, segni di infiammazione perinefrica. La valutazione TC della paziente ha fatto sospettare tale entità anatomo-clinica con evidenza di una neoformazione di 26 cm a contenuto ipodenso con caratteristiche solide e densità tipica del tessuto adiposo e presenza di un calcolo centrale iperdenso. La paziente è stata sottoposta ad intervento chirurgico con asportazione della massa dal peso di circa 4 Kg e successivo follow-up oncologico.

**Risultati:** La valutazione anatomopatologica ha evidenziato un liposarcoma ben differenziato lipoma-like senza chiara evidenza patologica di un quadro di pielonefrite xantogranulomatosa. Considerando i presupposti clinici del caso un quadro di pielonefrite sarebbe stato quello più esaustivo pur essendovi una sovrapposizione lipoblastica non trascurabile. Difficile è definire il quadro clinico come una sovrapposizione casuale delle

due patologie rispetto ad una netta definizione di una patologia rispetto all'altra.

**Conclusioni:** Le difficoltà diagnostiche riscontrate sono imputabili ad una difficile e poco netta definizione delle patologie stesse rappresentando esse delle entità anatomico-cliniche molto rare.

#### Bibliografia Essenziale

*Renal Liposarcoma.* Mayes, Fechner et al. *American Journal of Surgical Pathology*; 1990; 14:268-273

*Computerized tomography characteristics that differentiate angiolipomas from liposarcomas in the perinephric space.* Wang, Wong, Che, See *Journal of Urology*; 2002; 167:490-493

*Pyelonephritis: Radiologic-Pathologic Review.* Craig, Wagner, Mark, Travis. *Radiographics*; 2008; 28 (1): 256-276

Abstract n. 81 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### I CARCINOMI NEUROENDOCRINI DELLA PROSTATA: LA NOSTRA ESPERIENZA E REVIEW DELLA LETTERATURA

Tosco L.<sup>1</sup>, Crivellaro S.<sup>1</sup>, Guaitoli P.<sup>1</sup>, Kocjancic E.<sup>1</sup>, Frea B.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine

**Introduzione e Obiettivi:** I carcinomi neuroendocrini della prostata rappresentano meno del 2% della patologia neoplastica maligna di questo organo. La loro origine deriverebbe dalle cellule del sistema APUD associato alla ghiandola prostatica. Tali neoplasie sono molto insidiose ed il più delle volte rappresentano degli incidentalomi e per questo vengono diagnosticati in stadi avanzati con una prognosi generalmente infausta. Il presente lavoro ha come obiettivo la descrizione di una situazione clinica che seppur rara deve rappresentare parte del bagaglio culturale nella pratica clinica.

**Metodi:** Si è studiato un paziente di 62 anni che è stato sottoposto a resezione endoscopica della prostata per comparsa di sintomi ostruttivi. In seguito a tale procedura si è riscontrata una neoplasia prostatica a piccole cellule (carcinoma neuroendocrino della prostata). Il paziente è stato sottoposto a valutazione ematochimica di alcuni indicatori prognostici (LDH, Albumina sierica, NSE, Cromogranina A, PSA) ed ha eseguito numerosi approfondimenti di imaging (Scintigrafia ossea, Octreoscan, TC total body, cistoscopia) con evidenza di malattia avanzata. Date le importanti comorbidità del caso al paziente è stata offerta con difficoltà l'opzione terapeutica chemioterapica. Per il management del caso è stato fatto un approfondito studio del materiale disponibile in letteratura tramite ricerca bibliografica elettronica con parole chiave "small cell carcinoma of prostate" e "neuroendocrine cancer of prostate".

**Risultati:** La gestione del paziente secondo i criteri dell'EBM (evidence base medicine) ha permesso una più accurata comprensione dello stadio patologico e dell'aggressività della patologia. La storia clinica del paziente è risultata sovrapponibile ai dati disponibili in letteratura.

**Conclusioni:** Le neoplasie neuroendocrine della prostata sono tra le patologie più aggressive dell'apparato urinario ma il loro management è ancora un campo poco conosciuto e per questo il corrente lavoro si è ripromesso di evidenziare la presenza di tale malattia sul territorio e quindi l'importanza nella sua corretta gestione terapeutica ed assistenziale.

#### Bibliografia

*Small Cell (Neuroendocrine) Carcinoma of the prostate: etiology, diagnosis, prognosis, and therapeutic implications- A retrospective study of 30 Patients from the rare cancer network.* The American Journal of the Medical Sciences. Stein et al. 2008; 336 (6): 478-488.

*The neuroendocrine phenotype in prostate cancer: basic and clinical aspects.* Journal of Endocrinological Investigation. Mosca, Berutti,

Russo, Torta, Dogliotti. 2005; 28 (11 Suppl Internationali) 141-145.

*The prostatic endocrine-paracrine (neuroendocrine) regulatory system and neuroendocrine differentiation in prostatic in prostatic carcinoma: review and future directions in basic research.* Journal of Urology 1994; 152: 1927-1931.

*Ectopic ACTH, prostatic oat cell carcinoma, and marked hypernatremia.* Cancer 1977; Wenk 40:773-778.

*Unusual tumor involving the prostate: radiological-pathological findings.* Chang et al.. The British Journal of radiology; 2008 81: 907-915.

*Treatment outcomes of small cell carcinoma of the prostate: a single center study.* Cancer 2007; 110:1729-1737

Abstract n. 82 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Prostata 2 - ore 08.00 Sala Sforza)  
**BRACHITERAPIA HDR NEL CARCINOMA PROSTATICO: 5 ANNI DI ESPERIENZA**

Palmieri L.<sup>1</sup>, Sacco S.<sup>1</sup>, Frigerio C.<sup>2</sup>, Sangalli G.<sup>2</sup>, Bonsignore F.<sup>2</sup>, Declich F.<sup>2</sup>, Colombo A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S. C. Radioterapia; <sup>2</sup>S.S. Fisica sanitaria

**Scopo:** valutare la tossicità, gli aspetti dosimetrici e i risultati clinici della brachiterapia ad alta intensità di dose (BT-HDR) nel trattamento del carcinoma prostatico localizzato.

**Pazienti e metodi:** dal novembre 2003 ad oggi, 168 pazienti con neoplasia prostatica (T1b-T3N0M0) sono stati trattati nel nostro istituto, usando BT-HDR con impianto temporaneo. L'età mediana è stata di 66 anni (53-80 anni). 55 pazienti hanno ricevuto una radioterapia trascutanea sulla pelvi (45-62 Gy/25-31 fr) e una BT-HDR concomitante o sequenziale (9,5-19 Gy / 1-2 fr). 113 pazienti sono stati trattati con BT-HDR esclusiva (9,5 Gy / 4 fr), 2 frazioni al giorno in 2 giorni. Questi i criteri di eleggibilità per il trattamento esclusivo: iPSA < 10 ng/ml, Gleason Score < 7 e stadio clinico < T2b; per il trattamento combinato: iPSA > = 10 ng/ml o Gleason Score > = 7 o stadio clinico > = T2b. 84 pazienti sono stati sottoposti a deprivazione androgenica, neoadiuvante (2-12 mesi) e concomitante al trattamento radiante. Per i pazienti ad alto rischio era previsto un trattamento ormonale adiuvante. La tecnica consiste in un impianto transperineale, sotto guida ecografia transrettale, in anestesia peridurale, utilizzando 14-24 aghi plastici o metallici. La pianificazione era elaborata utilizzando un sistema di piani di trattamento basato su immagini TC con i seguenti limiti di dose agli organi a rischio (OAR): dose a 2 cc (D2cc) di retto < = 75 % della dose di prescrizione; dose a 2 cc (D2cc) di vescica < = 80% della dose di prescrizione; dose all'1% (D1) del volume uretrale < = 120% della dose di prescrizione, e con le seguenti prescrizioni al target: dose al 90% della ghiandola (D90) > = 95% della dose di riferimento.

**Risultati:** la procedura BRT-HDR è stata nel complesso ben tollerata e non ci sono state complicazioni intra e/o perioperatorie. Abbiamo ottenuti soddisfacenti distribuzioni di dose in termini di copertura di PTV (D90 > 100%), rispettando i limiti di dose imposti agli organi a rischio (la dose media rilevate sono state di: D1 uretrale = 116%, D2cc retto = 66%, D2cc vescica = 71% della dose di riferimento). La BT-HDR permette una significativa riduzione della dose al retto e alla vescica ed un incremento della dose al target. La tossicità acuta GI e GU sono risultate moderate a discapito dell'alta dose uretrale. La sopravvivenza totale (OS) e la sopravvivenza libera da recidiva biochimica (bDFS) sono state rispettivamente del 98% e 96%, con un follow-up minimo di 12 mesi e mediana di 31 mesi.

**Conclusioni:** la BRT-HDR è una procedura di facile esecuzione ed è una valida alternativa di trattamento per paziente affetti da carcinoma prostatico localizzato, in termini di tossicità, controllo locale e biochimico.

Abstract n. 83 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**MIR-21 NON HA PROPRIETÀ ONCOGENICHE NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA**

Folini M.<sup>1</sup>, Gandellini P.<sup>1</sup>, Longoni N.<sup>1</sup>, Colecchia M.<sup>2</sup>, Daidone M.G.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>3</sup> e Zaffaroni N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dipartimenti di Oncologia Sperimentale e Medicina Molecolare; <sup>2</sup>Dipartimenti di Anatomia Patologica; <sup>3</sup>Direzione Scientifica Programma Prostata - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milano

**Introduzione e Obiettivi:** Il miR-21 è stato definito un microRNA con proprietà oncogeniche in quanto i) è up-regolato in diversi tipi di tumore e ii) l'inibizione della sua espressione, mediante oligomeri antisenso, determina inibizione della crescita cellulare, induzione di apoptosi e riduzione della migrazione/invasione, in diverse linee cellulari tumorali caratterizzate da elevati livelli endogeni del miRNA (2). Tuttavia, il ruolo oncogenico del miR-21 nel carcinoma della prostata (CaP) è incerto. A tutt'oggi, non sono stati condotti specifici studi di analisi funzionale in modelli cellulari e i dati d'espressione in casistiche cliniche sono controversi. Infatti, il miR-21 è stato trovato sia up-regolato (3) sia espresso a livelli comparabili (4) nei carcinomi rispetto al tessuto prostatico normale. L'obiettivo di questo studio è quello di chiarire il ruolo del miR-21 nel tumore della prostata.

**Metodi:** Analisi dell'espressione del miR-21: RT-PCR quantitativa (qRT-PCR). Modulazione dell'espressione del miR-21: transfezione transiente di un oligomero antisenso (LNA21) in linee cellulari di carcinoma della prostata. Caratterizzazioni biologiche: crescita cellulare (conta del numero di cellule), ciclo cellulare (citometria a flusso), induzione d'apoptosi (saggio enzimatico per la caspasi 3 e microscopia a fluorescenza), alterazione della chemio e radiosensibilità (test clonogenico).

**Risultati:** Il ruolo del miR-21 nel CaP è stato studiato mediante un approccio di loss-of-function in due linee di CaP (DU145, PC-3) caratterizzate da alti livelli di espressione del miRNA e diverso stato di PTEN, uno dei suoi bersagli identificati. A seguito della transfezione con LNA21 era possibile osservare una quasi completa riduzione dei livelli d'espressione del miRNA, che in entrambe le linee cellulari non era accompagnata né da inibizione della crescita cellulare né da induzione di apoptosi, a nessuno dei tempi sperimentali considerati. Inoltre, il silenziamento del miR-21 non era in grado di alterare il profilo di chemiosensibilità delle cellule di CaP nei confronti di cisplatino e taxolo. Analogamente, dopo irraggiamento (0-8 Gy), non era possibile osservare differenze nelle curve di sopravvivenza e nella presenza di foci di  $\gamma$ H2AX (un marcatore del danno alla doppia elica del DNA), nelle cellule esposte all'LNA21 rispetto ai controlli. Questi risultati suggerivano che il miR-21 non svolge funzioni oncogeniche nel CaP. In accordo con questa evidenza, l'analisi dell'espressione del miR-21 in una casistica di 30 pazienti non pretrattati sottoposti a prostatectomia radicale ha mostrato che il miRNA non era diversamente espresso nei carcinomi rispetto al tessuto non-neoplastico adiacente (espressione media:  $0.23 \pm 0.22$  vs.  $0.16 \pm 0.14$ ,  $P = 0.17$ ) e non correlava nemmeno con l'espressione di PTEN.

**Conclusioni:** I nostri dati indicano che nel CaP il miR-21 non è di per sé un miRNA oncogenico. Infatti, il miRNA è espresso a livelli comparabili nel tumore rispetto al tessuto normale. Inoltre, come evidenziato dall'analisi funzionale, non interviene nel determinare la crescita, la sopravvivenza e la resistenza a farmaci/radiazioni di cellule di CaP.

1. Volinia S. et al., *PNAS*, 2006.

2. Krichevsky A.M. & Gabriely G., *J. Cell. Mol. Med.*, 2009.

3. Lu J. et al., *Nature*, 2005.

4. Porkka K.P. et al., *Cancer Res.*, 2005.

Abstract n. 84 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escrettrice - ore 14.00 Sala Sforza)

**UNA LINFOADENECTOMIA ESTESA MIGLIORA LA PROGNOSI DEI PAZIENTI CON CARCINOMA TRANSIZIONALE DELL'ALTA VIA ESCRETTRICE SENZA METASTASI LINFONODALI**

Roscigno M., Shariat S.F.<sup>3</sup>, Bertini R.<sup>3</sup>, Strada E.<sup>3</sup>, Petralia G.<sup>3</sup>, Sozzi F.<sup>3</sup>, Karakiewicz P., Suardi N.<sup>12</sup>, Margulis V.<sup>12</sup>, Remzi M.<sup>2</sup>, Zigeuner R.<sup>1</sup>, Bolenz C.<sup>5</sup>, Kikuchi E.<sup>7</sup>, Weizer A.<sup>4</sup>, Bensalah K.<sup>6</sup>, Koppie M.T.<sup>13</sup>, Raman J.<sup>9</sup>, Fernández M.<sup>10</sup>, Sträbel P.<sup>11</sup>, Langner C.<sup>7</sup>, Haitel A.<sup>5</sup>, Wood C.G.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>3</sup>, Rigatti P.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University of Vienna, Vienna, Austria; <sup>2</sup>University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA; <sup>3</sup>Vita-Salute University, Milan, Italy; <sup>4</sup>Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan; <sup>5</sup>Medical University Graz, Graz, Austria; <sup>6</sup>University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA; <sup>7</sup>Universitätsklinikum Mannheim, Mannheim, Germany; <sup>8</sup>University of Texas Southwestern Dallas, TX, USA; <sup>9</sup>University of California Davis, Sacramento, CA, USA; <sup>10</sup>Cornell University, New York, NY, USA; <sup>11</sup>Clinica Alemana de Santiago, Santiago de Chile, Chile; <sup>12</sup>University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada; <sup>13</sup>University of Rennes, Rennes, France

**Obiettivi:** Analizzare il ruolo prognostico del numero di linfonodi (LN) rimossi in pazienti con carcinoma uroteliale dell'alta via escrettrice (UTUC) superficiale e infiltrante trattati con nefroureterectomia radicale (RNU) e linfoadenectomia (LND).

**Metodi:** I database dettagliati relativi a 1462 pazienti affetti da UTUC e trattati con RNU sono stati raccolti da 13 centri di eccellenza in tutto il mondo. Sono stati raccolti i dati di 551 pazienti sottoposti a RNU e consensuale LND e riuniti in un singolo database. Tutti i pezzi anatomopatologici sono stati riesaminati da esperti uro-patologi in accordo con stretti criteri di valutazione. Le analisi univariate e multivariate secondo Cox regression models hanno valutato l'impatto dell'età della stadio patologico (superficiale vs muscolo-infiltrante), dello stato linfonodale (pN), del grado patologico (alto vs. basso), del numero di LN rimossi, della concomitante presenza di carcinoma in situ (CIS), invasione linfovaskolare (LVI) e necrosi, sulla sopravvivenza cancro-specifica (CSS) nell'intera popolazione e nei sottogruppi di pazienti pN0 e pN+.

**Risultati:** il follow-up mediano è risultato di 35 mesi (Range: 1-193). Nell'intera popolazione, l'età avanzata al momento della chirurgia, il coinvolgimento linfonodale, la presenza di una malattia muscolo-infiltrante, l'alto grado patologico e la LVI erano significativamente associate ad una peggiore CSS all'analisi univariata ( $p < 0.01$ ). All'analisi multivariata, la presenza di malattia muscolo-infiltrante ed il coinvolgimento linfonodale sono risultati fattori predittivi indipendenti di una peggiore CSS ( $p = 0.003$  HR 3.3; and  $p = 0.002$  HR 1.9, respectively). Il numero dei linfonodi rimossi non ha raggiunto un ruolo predittivo indipendente di CSS ( $p = 0.161$ ; HR 0.98). Nel sottogruppo di pazienti pN0 ( $n = 411$ ), un minor numero di LN rimossi, la presenza di malattia muscolo-infiltrante e la LVI erano significativamente associati ad una peggior CSS all'analisi univariata ( $p < 0.01$ ). All'analisi multivariata sec. Cox, un minor numero di LN rimossi e la presenza di malattia muscolo-infiltrante sono risultati indipendentemente associate ad una peggior CSS. ( $p = 0.017$  HR 0.93;  $p = 0.001$  HR 2.8, respectively). Nel sottogruppo dei pazienti pN+ ( $n = 142$ ), il numero di LN rimossi non è risultato indipendentemente associato alla CSS. Tuttavia una densità linfonodale (LN positivi/LN rimossi)  $> 30\%$  è risultata indipendentemente associata ad una peggior CSS.

**Conclusioni:** il numero di linfonodi rimossi è associato alla sopravvivenza cancro-specifica nei pazienti sottoposti a nefroureterectomia radicale per UTUC, senza coinvolgimento linfonodale. L'estensione della linfoadenectomia migliora la stadiazione, consentendo di identificare i pazienti che potrebbero beneficiare di una

terapia adiuvante. Inoltre, pazienti con una limitata malattia metastatica linfonodale potrebbero ricevere un trattamento curativo radicale associando RNU e LND.

Abstract n. 85 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**SINDROME NEFROSICA ASSOCIATA A TUMORE RENALE ED A TROMBOSI DELLA VENA RENALE NON NEOPLASTICA: DESCRIZIONE DEL CASO CLINICO E TRATTAMENTO CHIRURGICO**

**Tosi N., Giancane S., Serni S., Rossetti M.A., Lapini A., Lanzi F., Marranci N., Mantella A., Minervini A., Carini M.**  
*Clinica Urologica I, Università di Firenze, AOUC*

**Obiettivi:** Presentare il primo caso di associazione tra tumore renale, sindrome nefrosica (SN) da glomerulonefrite membranosa (GNM) e trombosi della vena renale omolaterale non in continuità con la massa neoplastica.

**Metodi:** MM, 72 anni, è stato ricoverato in un reparto nefrologico ad Ottobre 2006 per edema dell'arto inferiore. Nel corso del ricovero è stata eseguita una biopsia renale con diagnosi di nefropatia membranosa, stadio II, sclerosi focale e segmentale sullo sfondo di una nefroangiosclerosi benigna e diagnosi incidentale di massa renale sinistra. È stata eseguita una TC con e senza mdc che ha confermato la presenza di nodulo solido di 2,5 cm, mesorenale, posteriore, del rene sinistro, adiacente a una formazione cistica di 4,5 cm e difetto di riempimento della vena renale omolaterale. All'intervento chirurgico, dopo clampaggio del peduncolo prossimale e della vena renale distale è stata eseguita enucleazione del tumore, incisione longitudinale della vena renale ed asportazione del trombo. Tempo di ischemia complessivo 17 minuti. Dopo il de-clampaggio è stata evidenziata una seconda lesione neoplastica del polo renale superiore di 0,5 cm, che è stata enucleata. L'emostasi è stata eseguita in entrambi i casi con Tacosil e Tabotamp.

**Risultati:** All'esame istologico le neoformazioni sono risultate essere carcinomi papillari di tipo I con negatività dei margini chirurgici. (TNM 2002:pT1a;pNx;pMx). Il trombo era costituito da materiale fibrino ematico inglobante cellule infiammatorie. A 18 mesi dall'intervento il paziente è vivente e libero da recidiva.

**Conclusioni:** Pazienti con SN da GNM hanno un rischio di sviluppare trombosi della vena renale compreso tra il 29% e il 60%. La SN è associata spesso a tumori gastrici e polmonari, raramente a quelli renali. Ad oggi solo 9 casi di associazione tra SN e tumore renale sono stati descritti in letteratura. Il nostro case report è da considerare la prima associazione tra SN/GNM, trombosi non neoplastica della vena renale e neoplasia renale descritta in letteratura. In caso di riscontro, in paziente con SN/GNM e neoplasia renale, di trombosi renale non in continuità con la lesione tumorale oltre ad una attenta valutazione all'imaging, è necessaria una valutazione intraoperatoria con una eventuale tromboectomia per escludere una possibile natura benigna del trombo, vista l'alta incidenza di trombosi venose associate a tali sindromi nefrologiche evolutive.

Abstract n. 86 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**ENUCLEORESEZIONE RENALE LAPAROSCOPICA: TECNICA CHIRURGICA E RISULTATI**

**Maugeri O., Piccinelli A., Giusti G., Seveso M., Benetti A., Taverna G., Graziotti P.**

*Unita Operativa di Urologia Istituto Clinico Humanitas*

**Introduzione e Obiettivi:** La chirurgia conservativa renale laparoscopica è ormai riconosciuta come valida opzione alternativa alla chirurgia a cielo aperto per le lesioni renali di piccole dimen-

sioni, garantendo risultati sovrapponibili alla chirurgia tradizionale con invasività ridotta.

Scopo di questo studio è riportare la tecnica chirurgica da noi adottata ed i risultati preliminari.

**Materiali e Metodi:** Dal luglio 2003 al Gennaio 2009 abbiamo sottoposto a chirurgia nephron sparing per via laparoscopica 40 pazienti. I pazienti, in età compresa tra i 37 e i 75 anni (media 54), erano 24 maschi e 16 femmine. Se si esclude 1 paziente in cui l'accesso laparoscopico è stato retroperitoneale, nei restanti 39 si è proceduto per via transperitoneale con posizionamento di 3 porte d'accesso da 12 mm. In 7 pazienti si è reso necessario il posizionamento di ulteriore Trocar da 5 mm per introduzione di retrattore epatico. Il diametro delle lesioni è compreso tra i 1,6 ed i 5 cm (media 2,5 cm), 37 pazienti sono stati operati con clampaggio dell'arteria renale ed ischemia calda variante dai 12 ai 26 minuti (media 22 minuti) previa somministrazione in bolo e.v. di 15 grammi di mannitolo.

Per due pazienti in cui la dimensione della lesione è inferiore ad 1,5 cm e lo sviluppo particolarmente esofitico non si è reso necessario il clampaggio dell'arteria renale. Tutte le resezioni sono state eseguite con forbici a freddo ed a fini di radicalità oncologica con il sacrificio di circa 2-3 mm di parenchima sano adiacente. L'emostasi intraparenchimale è stata ottenuta in tutti i casi con ausilio di 2,5 ml di Quixil™ e l'accostamento delle valve di sezione è stato completato con punto di Dekna -Lok™ ed interposizione di Tabotamp™ fibrillare. In 6 casi la via escretrice è stata formalmente aperta e risuturata con monofilamento riassorbibile 3/0 ed a scopo precauzionale è stato posizionato stent ureterale DJ poi rimosso in 15° giornata postoperatoria

**Risultati:** Il nostro follow up è risultato compreso tra 2 e 69 mesi (media 33). All'esame istologico definitivo, 27 pazienti sono risultati affetti da carcinoma renale a cellule chiare, 3 da carcinoma a cellule papillari, 5 da oncocitoma e 5 da angiomiolipoma. La degenza post operatoria è stata in media di 3,7 giorni (range 3-9) ed il drenaggio è stato rimosso in quarta giornata postoperatoria (range 3-6). Sono state registrate 2 complicanze maggiori perioperatorie 1 ematoma, sviluppato in decima giornata che ha richiesto laparotomia esplorativa ed 1 spandimento urinoso in quindicesima giornata, per il quale è stato posizionato stent ureterale. In 1 paziente si è dovuto ricorrere a nefrectomia per l'evidenza di duplice focus di ca renale (dopo esame istologico estemporaneo), mentre in 1 caso si è dovuto ricorrere a nefrectomia a cielo aperto per riscontro di abbondante sanguinamento intraoperatorio e margini di resezione infiltrati. L'emotrasfusione è stata necessaria in 2 pazienti. I margini chirurgici sono risultati in tutti i casi negativi. Non abbiamo inoltre riscontrato casi di progressione della neoplasia o decessi per cause intercorrenti.

**Conclusioni:** La chirurgia conservativa eseguita con approccio videolaparoscopico grazie alla efficiente radicalità chirurgica locale e alla ridotta degenza postoperatoria costituisce, in mani esperte, una valida alternativa alla medesima tecnica a cielo aperto.

Abstract n. 87 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**RI-BIOPSIA MIRATA DELLA PROSTATA DOPO RISONANZA MAGNETICA ENDORETTALE (MRI) DELLA PROSTATA E SPETTROSCOPIA (MRS) IN PAZIENTI CON ASAP: RISULTATI PRELIMINARI**

**Destefanis P.<sup>1</sup>, Bosio A.<sup>1</sup>, De Maria C.<sup>1</sup>, Bisconti A.<sup>1</sup>, Cugiani A.<sup>1</sup>, Negro C.<sup>1</sup>, Carchedi M.<sup>1</sup>, Buffardi A.<sup>1</sup>, Petracchini M.<sup>3</sup>, Munoz F.<sup>2</sup>, Cirillo S.<sup>3</sup>, Fontana D.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale San Giovanni Battista - Molinette, Torino; <sup>2</sup>Divisione di Radioterapia, Ospedale San Giovanni Battista - Molinette, Torino; <sup>3</sup>Servizio di Radiodiagnostica, Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro di Candiolo (TO)

**Introduzione e Obiettivi:** Esistono dati di letteratura che documentano che la combinazione di di MRI e MRS può aiutare nella guida e limitare il numero di ri-biopsie prostatiche e prelievi in pazienti con una o più biopsie prostatiche negative e il PSA in crescita. A nostra conoscenza, la combinazione di MRI/MRS non è mai stata valutata in caso di ASAP, condizione di alto rischio per carcinoma prostatico. Lo scopo di questo studio è di valutare il ruolo della MRI/MRS in pazienti con ASAP e, in particolare, l'efficacia nel riconoscere il carcinoma prostatico e la sua sede nella ghiandola.

**Metodi:** Da Novembre a Settembre 2008 abbiamo reclutato 28 pazienti consecutivi con riscontro istologico su biopsia prostatica transrettale ecoguidata di ASAP. I dati completi sono disponibili per 26 pazienti. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a MRI/MRS non prima di 45 giorni dalla biopsia prostatica precedente. Alla MRI/MRS le sedi della prostata sono state classificate in: 1) sospette per carcinoma se era presente segnale ipointenso sulle immagini pesate in T2 e/o se il rapporto colina+creatinina / citrato era > 0,86, 2) dubbie o 3) negative negli altri casi. Successivamente è stata effettuata la ribiopsia a 12 prelievi con eventuali prelievi mirati nelle aree sospette alla MRI/MRS. I risultati della MRI/MRS sono stati confrontati con quelli dell'istologia della ri-biopsia.

**Risultati:** La combinazione di MRI e MRS era sospetta per carcinoma nel 70% dei pazienti, dubbia in 23% e negativa nel 7%. I risultati istologici della ribiopsia sono stati carcinoma prostatico nel 35%, ASAP nel 23%, IPB o prostatite nel 42%. Nel 78% dei pazienti affetti da carcinoma prostatico la combinazione di MRI/MRS risultava sospetta mentre nel 22% dubbia. Il carcinoma prostatico è stato diagnosticato nel 36% dei pazienti con una MRI/MRS sospetta, nel 33% di quelli con una MRI/MRS dubbia e in nessun paziente con MRI/MRS negativa. In tutti i pazienti, il carcinoma è stato riscontrato nelle zone sospette alla MRI/MRS dove sono state effettuate le biopsie mirate. **Discussione:** La combinazione di EndoMRI e MRS ha dimostrato un'ottima sensibilità, ma una scarsa specificità nell'identificare il carcinoma prostatico in pazienti con pregresso riscontro di ASAP. La sede dei prelievi positivi per carcinoma prostatico concordava con le zone sospette alla MRI/MRS. L'alto rischio di carcinoma prostatico nei pazienti con ASAP potrebbe giustificare l'uso della MRI/MRS. Inoltre la possibilità di effettuare prelievi mirati consente di migliorare la sensibilità diagnostica della biopsia rispetto al tradizionale schema a 12 prelievi.

Abstract n. 88 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

#### **MIR-205 ESERCITA FUNZIONI ONCOSOPPRESSORIE NEL CARCINOMA DELLA PROSTATA**

**Gandellini P.<sup>1</sup>, Folini M.<sup>1</sup>, Longoni N.<sup>1</sup>, Pennati M.<sup>1</sup>, Colecchia M.<sup>2</sup>, Salvioni R.<sup>3</sup>, Daidone MG.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>4</sup> e Zaffaroni N.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Dipartimenti di Oncologia Sperimentale; <sup>2</sup>Dipartimenti di Anatomia Patologica; <sup>3</sup>Dipartimenti di Urologia; <sup>4</sup>Direzione Scientifica Programma Prostata – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori,

**Introduzione e Obiettivi:** I microRNA (miRNA) sono piccole molecole di RNA in grado di mediare la degradazione o la repressione della traduzione di RNA messaggeri bersaglio. È stato dimostrato che il profilo di espressione dei miRNA è sensibilmente diverso nel tessuto neoplastico rispetto alla controparte normale in molti istotipi tumorali, suggerendo che la deregolazione dell'espressione dei miRNA possa svolgere un ruolo nella patogenesi della malattia oncologica (1). Ad oggi, le informazioni circa il coinvolgimento dei miRNA nello sviluppo e progressione del carcinoma prostatico (CaP) sono frammentarie. Con questo studio ci si proponeva di verificare l'espressione del miR-205, che un esperimento di miRNA profiling condotto nel nostro laborato-

rio aveva identificato come down-regolato nelle cellule tumorali rispetto alle normali, in una casistica di campioni di tessuto tumorale e controparte non neoplastica ottenuti da 31 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale e di studiarne il potenziale ruolo oncosoppressorio mediante un approccio funzionale.

**Metodi:** Analisi dell'espressione del miR-205: RT-PCR quantitativa (qRT-PCR). Modulazione dell'espressione del miR-205: transfezione transiente di un suo precursore sintetico in linee cellulari di CaP. Valutazione del fenotipo cellulare: microscopia ottica e a fluorescenza; immunofluorescenza; western blotting; end-point e qRT-PCR; transwell migration assay; gene expression profiling; predizione computazionale di geni bersaglio.

**Risultati:** L'analisi mediante qRT-PCR ha confermato una ridotta espressione del miR-205 nei campioni di carcinoma rispetto ai relativi tessuti non neoplastici ed ha evidenziato livelli di espressione particolarmente ridotti nei tumori derivati da pazienti con interessamento dei linfonodi regionali. In aggiunta, l'espressione ectopica del miR-205 in cellule di CaP induceva una serie di alterazioni fenotipiche riconducibili ad una transizione mesenchimo-epiteliale, tra cui riduzione della migrazione ed invasione in vitro e aumento dell'espressione della E-caderina, e alla down-regolazione di molti geni coinvolti nella progressione della malattia, suggerendo un ruolo oncosoppressore di tale miRNA nel tessuto prostatico. L'integrazione dei dati derivanti da studi di profili di espressione genica nelle cellule ectopicamente esprimenti il miR-205 con i risultati forniti dall'analisi di predizione dei suoi possibili siti bersaglio ha permesso di identificare una serie di geni regolati dal miRNA stesso e potenzialmente responsabili del suo effetto oncosoppressore. Tra questi, la proteinchinasi Cepsilon era in grado di regolare direttamente la transizione epitelio-mesenchimale.

**Conclusioni:** In questo studio è stato identificato un miRNA con funzione oncosoppressoria nel tessuto prostatico umano. La riduzione dell'espressione del miR-205 potrebbe contribuire alla tumorigenesi prostatica, favorendo in particolare la progressione verso un fenotipo invasivo e potenzialmente metastatico. Il ripristino dell'espressione del miR-205 è in grado di ridurre l'aggressività di cellule di CaP, inducendo una transizione mesenchimo-epiteliale e riducendone le capacità migratorie ed invasive. L'identificazione dei meccanismi che regolano l'espressione del miR-205 e dei bersagli molecolari regolati dallo stesso forniranno il razionale per lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici per la cura del CaP (2).

1. Calin & Croce, *Nat Rev Cancer* 2006.

2. Gandellini et al., *Cancer Res* 2009.

Abstract n. 89 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Prostata 2 - ore 08.00 Sala Sforza)

#### **SEQUENZIALITÀ DELLA TERAPIA ORMONALE NEI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA DELLA PROSTATA. RISULTATI PRELIMINARI DELLO STUDIO MORSÉ-CAP**

**Ditonno P.<sup>1</sup>, Battaglia M.<sup>1</sup>, Cecchi M.<sup>2</sup>, Summonti D.<sup>2</sup>, Turriziani M.<sup>3</sup>, Caponera A.<sup>3</sup>, Gallucci M.<sup>4</sup>, De Carli E.<sup>4</sup>, Bartoletti<sup>5</sup>, Meliani E.<sup>5</sup>, Di Sabato G.<sup>6</sup>, Mancini V.<sup>6</sup>, Morgia G.<sup>7</sup>, Anastasi G.<sup>7</sup>, Zucconelli R.<sup>8</sup>, Belmonte P.<sup>8</sup>, Selli C.<sup>9</sup>, Manassero F.<sup>9</sup>, Di Santo V.<sup>10</sup>, Scalese G.A.<sup>10</sup>, De Cobelli O.<sup>11</sup>, Besana U.<sup>11</sup>, Muzzonigro G.<sup>12</sup>, Fagiani A.<sup>12</sup>, Francesca F.<sup>13</sup>, Simone M.<sup>13</sup>, Selvaggi F.P.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>U.O. Urologia Universitaria <sup>1</sup>, Università di Bari; <sup>2</sup>U.O. Urologia Ospedale Unico di Versilia, Viareggio (LU); <sup>3</sup>U.O. di Urologia, Presidio Ospedaliero Anagni (FR); <sup>4</sup>Reparto di Urologia Istituto Regina Elena – IFO, Roma; <sup>5</sup>U.O. di Urologia Osp. S. Maria Annunziata, Firenze; <sup>6</sup>U.O. di Urologia Ospedale Madonna delle Grazie, Matera; <sup>7</sup>Clinica Urologica A.O. Univeritaria Policlinico G. Martino, Messina; <sup>8</sup>U.O. di Urologia Ospedale San Tommaso dei

Battuti, Portogruaro (VE);<sup>9</sup>U.O. Urologia A.O. Pisana- Osp. S. Chiara, Pisa; <sup>10</sup>U.O. di Urologia Ospedale Miulli, Acquaviva delle Fonti (BA); <sup>11</sup>U.O. di Urologia IEO, Milano; <sup>12</sup>Clinica Urologica Policlinico Le Torrette, Ancona; <sup>13</sup>U.O. Urologia SSN A.O. Pisana- Osp. S. Chiara, Pisa

**Background:** Ad oggi, non vi sono evidenze in letteratura se un tumore della prostata in progressione biochimica o clinica dopo monoterapia con bicalutamide sia ancora ormonosensibile e suscettibile di una terapia ormonale di II linea, così come non è noto se una terapia sequenziale, intesa come antiandrogeno in monoterapia seguito, a progressione, dall'introduzione di un analogo dell'LhRh, possa determinare un allungamento del periodo di ormonosensibilità.

**Materiali e Metodi:** È stato eseguito uno studio multicentrico osservazionale retrospettivo in 17 centri di urologia italiani. Sono stati valutati 137 pazienti con carcinoma prostatico non metastatico, inizialmente trattati con bicalutamide 150 mg in monoterapia, e successivamente per progressione biochimica o clinica, siano stati trattati con una seconda linea di trattamento ormonale. L'obiettivo dello studio era valutare l'ormonoresponsività ad una seconda linea di trattamento ormonale intesa come la percentuale di pazienti che non avessero sviluppato alcuna progressione biochimica di malattia intesa come un aumento del PSA >10% del valore rilevato all'inizio della terapia di seconda linea per la durata di almeno 6 mesi.

**Risultati:** Il 65% dei 137 pazienti è stato inizialmente sottoposto ad una terapia con intento curativo (chirurgia/radioterapia) e poi trattato con bicalutamide per progressione biochimica o in regime adiuvante, mentre negli altri pazienti la bicalutamide è stata la terapia primaria. L'obiettivo primario (durata della II linea di trattamento dopo Bicalutamide 150 mg > 6 mesi) è stato raggiunto dall'86.86% dei pazienti, mentre il 79.3% ha avuto una riduzione > 50% del PSA dall'inizio della terapia di II linea. La II linea di terapia era costituita da LhRha nel 44,83% dei casi e MAB 52,41%. La durata della risposta alla II linea ormonale è stata di 24.87 mesi (mediana), e non è risultata influenzata dall'età del paziente né dalla presenza di comorbidità. Fattori prognostici positivi di risposta alla II linea ormonale sono stati: la durata della risposta a bicalutamide superiore ad 1 anno e la positività dei margini chirurgici mentre i fattori prognostici negativi sono stati lo stadio IV e la negatività dei margini alla prostatectomia radicale.

**Conclusioni:** I risultati di questo studio osservazionale, hanno dimostrato che i pazienti sottoposti in I linea ad una monoterapia con Bicalutamide 150mg sono suscettibili ad una terapia ormonale di II linea in oltre l'85% dei casi, inducendo una significativa riduzione del PSA in circa l'80% dei casi.

Abstract n. 90 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**OUTCOME MORFO-FUNZIONALE DEL MONORENE CHIRURGICO ONCOLOGICO CONFRONTATO CON IL MONORENE CHIRURGICO PIELONEFRITICO E/O CALCOLOLOGICO**  
Di Siervi P.<sup>1</sup>, Terracciano V.<sup>2</sup>, Rega A.<sup>2</sup>, Pagano F.<sup>2</sup>, Bellizzi V.<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>U.O. Medicina Interna, P.O. "G. Da Procida" Salerno; <sup>2</sup>Dipartimento di Nefro-Urologia, P.O. Polla (SA); <sup>3</sup>U.O. di Nefrologia, P.O. Solofra (AV)

**Scopo:** Quando un rene viene asportato chirurgicamente il rene rimanente va incontro a modificazioni emodinamiche, funzionali e morfologiche che portano a ipertrofia compensatoria. Il Color Doppler (CD) è un utile metodo per la valutazione morfologica e funzionale del rene singolo. Il nostro studio ha valutato le modificazioni funzionali renali mediante misurazione della clearance della creatinina (GFR) e le caratteristiche morfologiche ed emodinamiche renali mediante CD all'inizio dello studio e le loro va-

riazioni nel tempo in pazienti portatori di monorene acquisito per tumore renale (SK-ONC) e di monorene acquisito per pielonefrite e/o calcolosi (SK- PLN).

**Metodi:** Abbiamo studiato 15 pazienti SK-ONC (6 , 9 ), età media 61 ± 11 anni e 42 pazienti SK-PLN (19 , 23 ), età media 56 ± 12 anni. Tutti i soggetti sono stati seguiti in media per 5 anni e sono stati sottoposti a valutazione clinica, biochimica ed ecografica in basale e alla fine del periodo di osservazione. Lo studio CD renale ha valutato il volume renale (VR), lo spessore parenchimale (SP) e l'indice di resistenza (IR), misurato a livello interlobare, mentre la funzione renale è stata valutata con la misurazione del GFR.

**Risultati:** I due gruppi erano simili per sesso, età, prevalenza di diabete mellito, ipertensione arteriosa e indice di massa corporea. La clearance della creatinina misurava 62 ± 42 ml/min/1.73m<sup>2</sup> in SK-ONC, 70 ± 42 in SK-PLN. Il VR era significativamente diverso in SK-ONC (174 ± 44 cm<sup>3</sup>/1.73m<sup>2</sup>) rispetto ai SK-PLN (225 ± 66cm<sup>3</sup>), e tale differenza è spiegabile con la diversa durata del monorene chirurgico che, alla prima osservazione, risultava essere minore nei SK-ONC (6.5 ± 11 anni) rispetto alla durata del monorene nei SK-PLN (14 ± 11 anni). Per tale motivo il gruppo SK-ONC ha avuto meno tempo per ipertrofizzare il rene rimanente. Non risultava differente invece lo SP sia nei SK-ONC che era 2.0 ± 0.4 cm che nei SK-PLN il quale risultava di 2.1 ± 0.4 cm. L'IR, invece, era normale sia nei SK-ONC (0.65 ± 0.09) che nei SK-PLN (0.67 ± 0.10). Alla fine del follow-up (63 ± 16 mesi), il GFR non era significativamente differente dal valore basale (GFR= 60 ± 31ml/min) in SK-ONC così come nei SK-PLN (GFR= 65 ± 42 ml/min). Così anche il VR restava invariato sia nei SK-ONC (173 ± 53 cm<sup>3</sup>/1.73m<sup>2</sup>) che nei SK-PLN (203 ± 58 cm<sup>3</sup>/1.73m<sup>2</sup>) e lo SP (2.0 ± 0.4 cm) nei SK-ONC, (2,1 ± 0.4 cm) nei SK-PLN. L'IR in entrambi i due gruppi è lievemente anche se non significativamente aumentato: 0.70 ± 0.14 nei SK-ONC; 0.71 ± 0.12 nei SK-PLN. Alla fine dell'osservazione, hanno avuto insufficienza renale tale da aver bisogno del trattamento dialitico 2/13 (15%) dei pazienti SK-ONC e 5/42 (12%) nel gruppo SK-PLN. Il 15% è deceduto del gruppo SK-ONC e solo il 2% nel gruppo SK-PLN. Tutti i pazienti deceduti erano ultrasessantenni e le cause del decesso sono da ascrivere a complicanze cardio-vascolari.

**Conclusioni:** I pazienti sia con SK-ONC che SK-PLN conservano la funzione renale normale e stabile nel tempo. I pazienti con SK acquisito di entrambi i gruppi mantengono normale la volumetria renale ma aumentano lievemente anche se non in modo significativo l'IR. Dunque, il pDd è uno strumento efficace nel monitoraggio emodinamico e funzionale renale anche nel paziente con rene singolo chirurgico.

Abstract n. 91 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**UTILITÀ DELL'INTERNATIONAL PROSTATE SYMPTOM SCORE (IPSS) PER LA VALUTAZIONE DELLA TOSSICITÀ ACUTA NEI PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA (ca.P.) SOTTOPOSTI A RADIOTERAPIA A FASCI ESTERNI (EBRT)**

Pittoni P.<sup>1</sup>, Villa S.<sup>1</sup>, Bedini N.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>2</sup>, Olmi P.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia – SC Radioterapia; <sup>2</sup>Programma Prostata

**Introduzione e Obiettivi:** Attualmente le Linee Guida internazionali in ambito urologico utilizzano l'IPSS score [1], che si compone di 7 domande finalizzate al rilievo oggettivo dei principali sintomi urinari su base ostruttiva (mitto ipovalido, esitazione minzionale, mitto intermittente, gocciolamento, svuotamento incompleto della vescica) o irritativa (pollachiuria, urgenza minzionale, nicturia) e di una domanda mirata al rilievo della qualità della vi-

ta del paziente, per la valutazione dei disturbi urinari da ipertrofia prostatica benigna (IPB). L'IPSS è stato impiegato inoltre recentemente anche per il riscontro delle alterazioni nella funzionalità minzionale dei pazienti sottoposti a BRT [2]. Questo studio è mirato alla valutazione della correlazione tra le modificazioni dell'IPSS score ed il grado di tossicità urinaria acuta rilevato con i criteri RTOG.

**Metodi:** Dal 02/2008 al 02/2009, 100 pz affetti da ca.P. e sottoposti a EBRT con intento di radicalità (n. 78) o post-chirurgico (n. 22) sono stati valutati con IPSS in corso trattamento. La dose media somministrata con tecnica conformazionale è stata di 78 Gy (range 74-80) nei casi trattati con intento di radicalità, e di 70 Gy (range 68-74) nei pazienti post-chirurgici. 65 pz associavano TO. In 35 casi, all'avvio della EBRT era già in corso un trattamento farmacologico finalizzato alla correzione del deficit minzionale. L'IPSS è stato prodotto all'inizio, a metà ed alla fine del trattamento, e confrontato con lo score RTOG.

**Risultati:** L' IPSS score medio complessivo è risultato di 7.55, 8.47 e 10.39, rispettivamente all'avvio, in 4° settimana ed al termine della EBRT. Per quanto riguarda la tipologia della sintomatologia è stata rilevata una importante variazione in termini di urgenza minzionale (1.18; 1.65; 2.15) e di nicturia (1,57; 1,74; 2,20). 46 pz hanno modificato o attivato la terapia farmacologica per la correzione della sintomatologia minzionale. Nei pz con tossicità < G2 (n. 89) l'IPSS score medio all'avvio della EBRT è stato di 6.75 (md 7, range 0-21). Al contrario, negli 11 casi in cui è stata rilevata tossicità > G3 alla fine del trattamento, l'IPSS score medio è risultato di 8,18 (md 9, range 5-15). Inoltre, in 10/11 pz di questo gruppo, il progressivo incremento dell' IPSS score e del grado di tossicità rilevata secondo la scala RTOG sono stati risultati correlati ma in un caso, caratterizzato da ematuria, si è osservato un decremento dell'IPSS score da 17 a 14.

**Conclusioni:** Il questionario IPSS si è dimostrato uno strumento di controllo sensibile e pratico. Infatti, l'IPSS score sembra essere predittivo della tossicità acuta radioindotta ed un mezzo adeguato per il suo monitoraggio nel corso del trattamento. Riteniamo quindi di consigliare l'uso per la valutazione della sintomatologia minzionale nei pz con ca.P. sottoposti a EBRT.

**Bibliografia**

1. Barry MJ et al. *The American Urological Association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The Measurement Committee of the American Urological Association. J Urol 1992; 148 (5):1549.*  
 2. Keyes M et al. *Urinary Symptom Flare in 712 (125) prostate brachytherapy patients: Long-Term Follow-Up" IJROBP 2009 (in press).*

Abstract n. 92 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**RETI NEURALI ARTIFICIALI PER LO STUDIO DELLA TOSSICITÀ ACUTA DOPO RADIOTERAPIA PER IL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO**

Cambria R.<sup>1</sup>, Pella A.<sup>2</sup>, Jereczek-Fossa B.A.<sup>3,4</sup>, Zerini D.<sup>3</sup>, Fodor C.<sup>3</sup>, Serafini F.<sup>3</sup>, Baroni G.<sup>2</sup>, Riboldi M.<sup>2</sup>, Ciceri M.<sup>2</sup>, Spadea M.F.<sup>5</sup>, Patete P.<sup>2</sup>, Garibaldi C.<sup>1</sup>, Cattani F.<sup>1</sup>, De Cobelli O.<sup>6</sup> Pedrolì G.<sup>1</sup>, Pedotti A.<sup>2</sup>, Orecchia R.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Fisica Sanitaria; <sup>2</sup>Dipartimento di Bioingegneria, Politecnico di Milano, Milano, Italia; <sup>3</sup>Div. di Radioterapia, 6 Div. di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, via Ripamonti 435, Milano, Italia; <sup>4</sup>Università degli Studi di Milano, via Festa del Perdono 3, Milano, Italia; <sup>5</sup>Università della Magna Grecia di Catanzaro, Catanzaro, Italia

**Introduzione:** Scopo di questo studio è quello utilizzare una tecnica computazionale quale quella delle reti neurali artificiali (ANN) al fine di predire la tossicità acuta (gastro-intestinale, GI e genito-urinaria, GU) nei pazienti sottoposti alla terapia radiante per il trattamento del carcinoma prostatico in stadio iniziale. Attualmente, le tecniche più accreditate per valutare la possibile insorgenza di tali tossicità, consistono nell'applicare ai piani di cura dei limiti di dose-volume. Le ANN sono invece una metodica computazionale che simula il comportamento di una rete neurale biologica. Questa viene costruita e poi addestrata a ottenere dei risultati noti – le tossicità rilevate – a partire da dati in ingresso anch'essi noti – dati clinici e dosimetrici –. Una volta addestrata si reputa che essa possa “riconoscere”, dai dati pre-trattamento, un paziente che incorrerà in una tossicità.

Pazienti e metodi: Sono stati impiegati i dati clinici e dosimetrici relativi a 159 pazienti trattati presso l'Istituto Europeo di Oncologia (Mi) fra il 2006 e il 2008. Fra questi, 79 pazienti sono stati trattati con una dose radicale di 70,2 Gy alla prostata mentre gli altri 80 pazienti con una dose radicale di 54-56,7 Gy alla prostata e alle vescicole seminali proseguendo con un boost alla sola ghiandola di ulteriori 13,5-16,2Gy. Nel complesso i pazienti hanno ricevuto 2,7Gy/fr al giorno per 26 frazioni complessive.

I pazienti sono stati trattati con la tecnica 3D conformazionale e guidata dalle immagini. Questa è stata realizzata per mezzo di due archi dinamici laterali (di circa 100°) conformati con un collimatore micro-multilamellare (Elekta-3D-Line). I dati clinici dei pazienti sono riassunti nella seguente tabella.

Sono state preparate due differenti ANN per valutare le abilità di predizione della tossicità acuta GI e GU. L'architettura selezionata per entrambi i casi è stata una rete multistrato feed-forward con un solo strato nascosto.

I dati clinici e dosimetrici pre-trattamento dati come ingressi alla rete sono:

- GI: età del paziente, categoria di rischio, pregressa TURP, ormonoterapia, patologie concomitanti, prescrizione (prostata o prostata più vescicole seminali), giorni di trattamento, volume del retto e i volumi che ricevono il 30% e il 60% della dose prescritta, volume del bersaglio clinico e plannig volume.
- GU: sono stati ulteriormente considerati il volume della vescica e il volume che riceve il 50% della dose prescritta.

**Risultati:** Sia considerando GI che GU, le reti neurali sono state in grado di predire il 100% dei G2-G3 inclusi in una simulazione effettuata utilizzando i dati di 7 pazienti. Una predittività inferiore è stata riportata per i casi G0-G1 (71.43%).

**Conclusioni:** Le reti neurali artificiali si pongono dunque, come metodo utilizzabile nella predizione di eventi di tossicità acuta. Sono evidentemente necessarie altre prove con l'inclusione di un numero di casi maggiore sia per l'addestramento sia per rinforzare i risultati e per validare il metodo nella pratica clinica.

Età media (y) media (intervallo)	Categoria di rischio * (pts)			GS media (intervallo)	PSA iniziale (ng/ml) media (intervallo)	Tossicità acuta GI – GU** (pts) Grado
	Basso	Intermedio	Alto			
74 (45-83)	17	67	75	7 (3-8)	7 (0.6-82)	G0:92 G1:47 G2:18 G3:2 G4:0 G0:39 G1:59 G2:70 G3:10 G4:1

\*\* Radiation therapy Oncology Group/European Organization for Research and Treatment of Cancer Criteria  
 \*NCCN – National Comprehensive Cancer Network



Abstract n. 93 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**NEFRECTOMIA PARZIALE VIDEOLAPAROSCOPICA: TECNICHE DI EMOSTASI.**

**Sanseverino R., Intilla O., Napodano G., Di Mauro U., Realfonso T., Iacone M.**  
*UOC Urologia, Osp. Umberto I*

**Introduzione:** La nefrectomia parziale per le neoplasie renali <4 cm consente un controllo oncologico della malattia sovrapponibile a quello ottenuto con la chirurgia radicale, preservando al tempo stesso la funzionalità renale. La nefrectomia parziale laparoscopica (NPL) offre l'ulteriore vantaggio di una ridotta morbilità e di una più breve ospedalizzazione rispetto all'approccio a cielo aperto. Riportiamo la nostra esperienza preliminare di nefrectomia parziale laparoscopica.

**Materiali e Metodi:** L'intervento è eseguito con accesso sia transperitoneale che retroperitoneale. Dopo aver isolato il rene, si procede all'isolamento del peduncolo vascolare. Individuata la lesione parenchimale, si procede al clampaggio dell'arteria e della vena renale per mezzo di tourniquè che vengono chiusi con clips di tipo Hem-o-lok®. La lesione parenchimale viene resecata con un margine di tessuto apparentemente sano. Si procede alla sutura della midollare prima e della corticale poi con punti fissati con clips riassorbibili e di tipo Hem-o-lok®, rispettivamente. Vengono intanto inseriti "rollini" di Surgicel® all'interno della breccia suturata. La rima di sutura è poi ricoperta da un tappeto di Tachosil® posizionato mediante l'applicatore laparoscopico dedicato. Si procede pertanto al declampaggio dei vasi ed al controllo dell'emostasi. L'intervento termina con l'estrazione della lesione renale in endobag.

**Risultati:** Abbiamo sottoposto alla procedura di elezione 17 pazienti (9M, 8F; età media  $58.6 \pm 15.6$  anni; dx 9, sin. 8); l'indicazione è stata neoplastica in 16 pazienti mentre un paziente era affetto da displasia cistica dell'emirene superiore. L'accesso è stato transperitoneale in 12 pazienti, retroperitoneale nei restanti 5. La durata media dell'intervento è stata  $242.9 \pm 40.4$  minuti, il tempo medio di ischemia di  $35.5 \pm 10.8$  minuti e le perdite ematiche medie di circa  $750.3 \pm 611.8$  cc; le lesioni tumorali dei 16 pazienti misuravano, in media,  $29.9 \pm 7.5$  mm. In 15 dei 16 pazienti affetti da neoplasia renale i margini chirurgici risultavano negativi all'esame istopatologico intraoperatorio; in un caso con margini chirurgici dubbi è stato necessario procedere a nefrectomia radicale. La degenza media dei 17 pazienti è stata di  $8,6 \pm 4,2$  giorni. Le complicanze postoperatorie sono state: un pneumotorace risolto con drenaggio toracico, ed un cospicuo sanguinamento che ha richiesto una revisione chirurgica open 24 ore dopo l'intervento.

**Conclusioni:** Il ricorso alla chirurgia conservativa del rene è sempre più frequente; ai vantaggi dell'approccio conservativo la laparoscopia aggiunge quelli relativi alla minore invasività chirurgica. Tuttavia la notevole difficoltà tecnica richiesta, i risultati ancora preliminari e la mancanza di studi randomizzati di confronto con la nefrectomia parziale open spiegano il limitato ricorso alla NPL. Ciò, però, non esclude che, nel prossimo futuro, ci confronteremo sempre più frequentemente con la NPL anche alla luce delle nuove tecnologie messe a punto per renderne l'esecuzione più agevole.

Abstract n. 94 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.00 Sala Borromeo)

**PROSTATECTOMIA RADICALE VIDEOLAPAROSCOPICA: I PRIMI 100 PAZIENTI**

**Sanseverino R., Intilla O., Napodano G., Di Mauro U., Realfonso T., Iacone M.**  
*UOC Urologia, Osp. Umberto I*

**Introduzione:** Sin dalla sua introduzione, la tecnica chirurgica

della prostatectomia radicale videolaparoscopica è stata continuamente modificata al fine di implementarne i risultati oncologici e funzionali. Particolare attenzione è posta soprattutto alla fase di dissezione del collo vescicale e dell'apice prostatico. Al riguardo riportiamo i risultati dei primi 100 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale vpls.

**Materiali e Metodi:** Dopo aver creato lo spazio preperitoneale per mezzo di un trocar a palloncino, disponiamo 5 trocars in ipogastrio. Eseguita la linfadenectomia iliaco-otturatoria, si procede alla incisione della fascia endopelvica in modo da esporre il plesso venoso dorsale che viene legato con un punto in Vicryl 0. Un altro punto è passato prossimalmente per il sangue refluo. Il posizionamento di un trocar sovrapubico consente di introdurre un portaghi per sospendere il filo del punto prossimale in modo da sollevare la base prostatica; al tempo stesso l'endorettratore sposta lateralmente la vescica. Tale manovra combinata consente una precisa ed agevole dissezione del collo vescicale. L'uretra è recisa, i vasi deferenti sezionati e le vescicole seminali mobilizzate. Si incide la fascia di Denonvilliers e si prepara il piano prostatico posteriore. Il controllo dei peduncoli laterali viene abitualmente realizzato con pinza Ligasure™, mediante Bisturi ad Ultrasuoni o con clips Hem-O-lock™ in caso di intervento nerve sparing. Il plesso venoso dorsale viene cautamente resecat. Dissezione dell'apice prostatico e sezione dell'uretra. La prostata con le vescicole seminali viene introdotta in un endobag. L'anastomosi vescicouretrale è realizzata con una doppia sutura in monofilamento riassorbibile 3/0 secondo la tecnica inizialmente descritta da Van Velthoven.

**Risultati:** 100 pazienti con PSA preoperatorio medio di  $10.1 \pm 5.8$  ng/ml sono stati sottoposti a prostatectomia radicale videolaparoscopica. Il tempo operatorio medio, la riduzione di Hb ed il peso ghiandolare sono, rispettivamente,  $260 \pm 71.4$  minuti,  $2.3 \pm 1.2$  gr/dl,  $55.6 \pm 24.9$  gr (25-135gr). I tempi medi di ospedalizzazione e cateterizzazione sono rispettivamente  $6.4 \pm 5.6$  e  $14.1 \pm 7.9$  giorni. Un solo paziente ha richiesto una conversione chirurgica (piccola lesione accidentale vena iliaca destra); un paziente ha necessitato revisione laparoscopica nelle ore successive all'intervento per sanguinamento dai vasi epigastrici di destra. I risultati di 100 pazienti non consecutivi sottoposti a Prostatectomia open sono i seguenti: PSA  $12.1 \pm 7.3$  ng/ml, tempo operatorio  $180.3 \pm 31.8$  min., delta Hb  $2.9 \pm 1.4$  g/dl, peso ghiandolare  $52.4 \pm 50$  gr. I tempi medi di ospedalizzazione e cateterizzazione sono rispettivamente  $7.9 \pm 5.2$  e  $13.9 \pm 4.1$  giorni. L'8% dei pazienti sottoposti a PR VLPS ed il 13% di quelli sottoposti a PR open presentano margini chirurgici positivi.

**Conclusioni:** La prostatectomia radicale videolaparoscopica è una procedura affidabile ed efficace anche durante la fase di apprendimento. L'attuazione di piccoli dettagli di tecnica può, talvolta, rendere più agevole e sicura la procedura chirurgica.

Abstract n. 95 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**TERAPIA DEL CANCRO DELLA PROSTATA CON ULTRASUONI FOCALIZZATI AD ALTA INTENSITÀ (HIFU)**

**Sanseverino R., Intilla O., Napodano G., Di Mauro U., Realfonso T., Iacone M.**  
*UOC Urologia, Osp. Umberto I, Nocera Inferiore*

**Introduzione:** La tecnologia degli Ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU) è una valida alternativa alla chirurgia ed alla radioterapia in pazienti affetti da cancro della prostata localizzato. L'associazione della resezione transuretrale di prostata (TURP) all'HIFU riduce il rischio di ritenzione urinaria post-operatoria senza indurre un incremento del tasso di complicanze. Riportiamo i risultati a breve termine del trattamento HIFU del cancro prostatico localizzato.

**Materiali e Metodi:** Dal novembre 2004 al Settembre 2008 61 pazienti affetti da cancro prostatico localizzato sono stati sottoposti a trattamento HIFU con dispositivo Ablatherm™. In tutti i pazienti il trattamento è stato preceduto dalla TURP. Le due procedure sono state eseguite nella stessa sessione (Gruppo A) in 44 pazienti, ed in sessioni differenti (Gruppo B) in 17 pazienti. I pazienti sono stati suddivisi in 3 gruppi di rischio: basso (T1c-T2a, Gleason score <7, PSA<10ng/ml), rischio intermedio (T2b o Gleason score=7 o PSA 10-20ng/ml) ed alto rischio (T2c o Gleason score>7 o PSA>20ng/ml). Il follow up prevede controllo clinico e del PSA ogni 3 mesi per i primi 2 anni, poi ogni 6 mesi. La biopsia prostatica transrettale è stata eseguita 6 mesi dopo il trattamento HIFU. La recidiva biochimica di malattia è definita come PSA nadir + 2ng/ml (criteri ASTRO 2005).

**Risultati:** L'età media della popolazione ed il follow up medio sono, rispettivamente, 73.9 (±4.1) anni e 21.5 (±8.7) mesi. L'intervento è stato eseguito in tutti i pazienti in anestesia loco-regionale. Il volume ghiandolare preoperatorio medio è 38.7 (±9.6) ml. La durata media della procedura HIFU è stata di 126 (±19.2) minuti e la degenza media di 3.9 (±1.2) giorni. Il tasso di complicanze post-operatorie è minore nel Gruppo B (tabella). Il tasso di sopravvivenza globale e cancro-specifica è rispettivamente 91.8% e 98.4%. La biopsia a 6 mesi dall'intervento è negativa nell' 82.5% dei pazienti. Il PSA nadir medio è 0,38 (±0.5) ng/ml; in particolare, il PSA nadir è 0.05, 0.16 and 0.68 nei gruppi di pazienti a basso, medio ed alto rischio, rispettivamente (p0.009). Tra i 57 pazienti valutabili, la sopravvivenza libera da recidiva biochimica è 77.2%; in particolare la recidiva biochimica è occorsa nello 0%, nel 16% e nel 36% dei pazienti a basso, medio ed alto rischio, rispettivamente (p0.02).

**Conclusioni:** L'HIFU sembra trovare un razionale impiego come terapia alternativa alla prostatectomia radicale ed alla radioterapia. La procedura offre un controllo locale della malattia ed una sopravvivenza libera da recidiva biochimica nell' 82.5% e nel 77.2% dei pazienti, rispettivamente. La realizzazione della TURP e dell'HIFU in due diverse sessioni sembra ridurre il tasso di complicanze postoperatorie.

%	UTI	Incontinenza Grado I-II	Incontinenza Grado III	Stenosi uretrale	Sclerosi collo vescicale	RUA	Fistula retto urinaria
PTS TOTALI	14.7	29.5	3.3	6.6	14.7	6.6	1.6
GRUPPO A	20.4	38.6	4.5	9.1	18.2	9.1	2.3
GRUPPO B	0	5.9	0	0	5.9	0	0

Abstract n. 96 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**IMPATTO PROGNOSTICO DELLA ReTUR NEL CARCINOMA VESCICALE T1G3**

**Sanseverino R, Napodano G., Campitelli A., Intilla O., Di Mauro U., Realfonso T., Iacone M.**

UOC Urologia, Osp Umberto I, Nocera Inferiore

**Introduzione:** La resezione transuretrale rappresenta il momento fondamentale della diagnosi, della stadiazione e della terapia delle neoplasie vescicali. Tuttavia i limiti della TUR sono stati ampiamente dimostrati in numerosi studi che hanno evidenziato un tasso di tumore residuo dopo TUR dei T1 TCC compreso tra il 28 ed il 76% ed un tasso di sottostadiazione del 9-49%. Tali riscontri hanno giustificato il ricorso routinario alla ReTUR nei casi di neoplasie di stadio T1. Tuttavia, ad oggi, non è stato sufficientemente definito l'eventuale impatto prognostico della ReTUR sulla storia naturale della malattia. Nel nostro studio abbiamo valutato, in pazienti affetti da neoplasia vescicale T1G3 primitiva, l'impatto prognostico dei risultati della ReTUR su recidiva e progressione di malattia.

**Materiali e Metodi:** Abbiamo sottoposto a ReTUR pazienti affetti

da neoplasia vescicale T1G3 primitiva. I pazienti con malattia muscolo invasiva sono stati sottoposti a cistectomia radicale e sono stati esclusi dallo studio; quelli con malattia residua non muscolo invasiva (NMIRT) e quelli senza malattia residua (NRT) alla ReTUR sono stati sottoposti ad immunoprofilassi endovesicale con BCG. Al fine di valutare l'impatto prognostico della ReTUR, abbiamo confrontato tasso di recidiva, tasso di progressione e sopravvivenza libera da recidiva nei pazienti NMIRT e NRT. La recidiva è definita come prima manifestazione di qualsiasi tumore vescicale; la progressione come evidenza di neoplasia muscolo invasiva o metastasi.

**Risultati:** Da Gennaio 2002 a Settembre 2008 112 pazienti (età media 69.8 anni) sono stati arruolati nello studio. Dei 101 pazienti valutabili, 74 presentavano una lesione singola e 27 lesioni multiple. Alla ReTUR, in 44 pazienti (43.6%) è stata istologicamente documentata la presenza di tumore residuo. Non è stata dimostrata alcuna relazione statistica tra la numerosità del tumore primitivo e la presenza di tumore residuo alla ReTUR: 41.9% dei pazienti con lesione singola alla prima TURB aveva tumore residuo alla ReTUR rispetto al 48.1% dei pazienti con lesioni multiple (p0.57). Dei 44 pazienti con tumore residuo, 19 (18.8%) presentavano malattia muscolo-invasiva e 25 (24.7%) una malattia superficiale (NMIRT). Ad un follow up medio di 31.8 ± 20.7 mesi, il tasso di recidiva è significativamente più alto nei pazienti NMIRT (48%) rispetto a quelli NRT (21%) (p 0.01). Il tasso di progressione di malattia non differisce in modo statisticamente significativo tra i pazienti NMIRT e NRT, sebbene vi sia un trend in favore di questi ultimi (24% vs 10.5, (p0.11). Le sopravvivenze libere da recidiva e da progressione sono significativamente più alte nei pazienti NRT (78.9% e 89.5) rispetto a quelli NMIRT (52% e 76%) (p < ,001, log-rank 10.64 e p < 0,03, log rank 4.58, rispettivamente).

**Conclusioni:** L'efficacia della ReTUR nei pazienti affetti da neoplasia vescicale T1 di alto grado è stata ampiamente documentata; tuttavia non è ancora sufficientemente dimostrato l'eventuale impatto prognostico della ReTUR sulla storia naturale della malattia. Nel nostro studio abbiamo riscontrato che la presenza

di neoplasia residua superficiale alla ReTUR è un fattore prognostico sfavorevole in termini di sopravvivenza libera da recidiva e da progressione.

Abstract n. 97 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escretrice - ore 14.00 Sala Sforza)

**QUAL È IL NUMERO MINIMO DI LINFONODI CHE È NECESSARIO ASPORTARE DURANTE LA NEFROURETERECTOMIA RADICALE PER STADIARE CORRETTAMENTE I PAZIENTI CON CARCINOMA UROTELIALE DELL'ALTA VIA ESCRETRICE?**

**Roscigno M., Shariat S.F.<sup>3</sup>, Bertini R.<sup>8</sup>, Strada E.<sup>3</sup>, Petralia G.<sup>3</sup>, Angiolilli D.<sup>3</sup>, Pierre K., Suardi N.<sup>12</sup>, Margulis V.<sup>12</sup>, Remzi M.<sup>2</sup>, Zigeuner R.<sup>1</sup>, Bolenz C.<sup>5</sup>, Kikuchi E.<sup>7</sup>, Weizer A.<sup>4</sup>, Bensalah K.<sup>6</sup>, Koppie T.M.<sup>13</sup>, Raman J.<sup>9</sup>, Fernandez M.<sup>10</sup>, Strabel P.<sup>11</sup>, Langner C.<sup>7</sup>, Haitel A.<sup>5</sup>, Wood C.G.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>2</sup> 3, Rigatti P.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> University of Vienna, Vienna, Austria; <sup>2</sup> University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA; <sup>3</sup>Vita-Salute University, Milan, Italy; <sup>4</sup>Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan; <sup>5</sup>Medical University Graz, Graz, Austria; <sup>6</sup> University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA; <sup>7</sup>Universität?tsklinikum Mannheim, Mannheim, Germany; <sup>8</sup>University of Texas Southwestern Dallas, TX, USA; <sup>9</sup>University of California Davis, Sacramento, CA, USA; <sup>10</sup>Cornell University, New York, NY, USA; <sup>11</sup>Clinica Alemana de Santiago, Santiago de Chile, Chile; <sup>12</sup>University of Montreal, Montreal, Quebec, Canada; <sup>13</sup>University of Rennes, Rennes, France

**Obiettivi:** La linfadenectomia (LND) regionale sta diventando parte integrante del trattamento chirurgico del carcinoma uroteliale dell'alta via escretrice (UTUC), soprattutto in caso di malattia muscolo-infiltrante. Tuttavia, l'estensione della LND ed il numero ottimale di linfonodi (LN) da rimuovere non sono ancora stati valutati. L'obiettivo di questo studio è di determinare il numero minimo di linfonodi, rimossi ed esaminati, necessari per reperire una o più metastasi linfonodali in pazienti sottoposti a nefroureterectomia radicale (RNU) per UTUC.

**Metodi:** I database dettagliati relativi a 1462 pazienti affetti da UTUC e trattati con RNU sono stati raccolti da 13 centri di eccellenza in tutto il mondo. Sono stati retrospettivamente valutati i dati di 551 pazienti sottoposti a RNU e consensuale LND e riuniti in un singolo database. La LND era stata eseguita a discrezione del primo operatore. Tutti i pezzi anatomopatologici sono stati rivalutati da esperti uro-patologi secondo stretti criteri di valutazione. Le coordinate della "receiver operating curve" (curva ROC) sono state utilizzate per determinare la probabilità di diagnosticare una invasione linfonodale in accordo con il numero di linfonodi rimossi ed esaminati. In aggiunta, l'associazione fra il numero di linfonodi rimossi ed esaminati e la percentuale di linfonodi positivi è stata testata alla analisi univariata e multivariata mediante i modelli di regressione logistica. **Risultati:** Dei 551 pazienti, 140 presentavano metastasi linfonodali (25.4%). Il numero medio di linfonodi rimossi è risultato di 6.5 (mediana 5; range 2-41). La valutazione delle coordinate della curva ROC ha indicato che la rimozione di 13 LN consente di diagnosticare una o più metastasi linfonodali nel 90% dei casi. La rimozione di 8 LN permette di diagnosticare una metastasi linfonodale nel 75% dei casi. La rimozione di almeno 8 LN è inoltre risultata fattore predittivo indipendente di riscontro di invasione linfonodale all'analisi multivariate con regressione logistica, inserendo in tale analisi lo stadio ed il grado patologico.

**Conclusioni:** I nostri dati indicano che almeno 8 LN debbano essere rimossi nel corso della RNU per raggiungere il 75% di probabilità di diagnosticare una o più metastasi linfonodali. Un ulteriore miglioramento della specificità della LND dovrebbe richiedere la rimozione di un maggior numero di LN. Questo studio supporta la necessità di una LND più estesa durante la nefroureterectomia radicale, pur riconoscendo la difficoltà di interpretare retrospettivamente i dati relativi alla LND. Una accurata ed oggettiva standardizzazione della LND nel trattamento chirurgico dei pazienti affetti da UTUC potrà essere definitivamente ottenuta soltanto dopo esecuzione di studi prospettici randomizzati a lungo termine.

Abstract n. 98 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**TRATTAMENTO DELLA DISFUNZIONE ERETTILE CON BIOFEEDBACK, FISIOTERAPIA DELLA MUSCOLATURA DEL PIANO PELVICO E TERAPIA FARMACOLOGICA ASSOCIATE IN ESITI DI PROSTATECTOMIA RADICALE: RISULTATI PRELIMINARI**

**Dell'Acqua S.<sup>1</sup>, Bosia R.<sup>2</sup>, Paggetta C.<sup>3</sup>, Turati M.<sup>4</sup>, D'Adamo C.<sup>5</sup>, Rodriguez L.<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Responsabile Servizio di Urologia -ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio-Milano; <sup>2</sup>Responsabile UOS Dipartimentale Poliambulatori e D.H - ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio-Milano; <sup>3</sup>Dir. Servizio di Neurologia ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio-Milano; <sup>4</sup>Dir. Dipartimento di Riabilitazione ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio-Milano; <sup>5</sup>Terapista della Riabilitazione ASP IMMeS e Pio Albergo Trivulzio-Milano

**Introduzione:** Il deficit erettile rappresenta una frequente complicanza della prostatectomia radicale praticata sia per via retropubica (RRP) che per via laparoscopica (LRP). Abbiamo sottoposto un gruppo di tali pazienti eterogeneo per età, tipo di intervento subito, molteplicità di operatore, tempo trascorso dall'intervento,

successive terapie di consolidamento, a terapia fisica sulla base del provato coinvolgimento della muscolatura del piano pelvico nella funzione erettile, con contemporanea somministrazione di farmaci vasoattivi specifici (inibitori PDE5) secondo gli schemi attualmente proposti dalla letteratura internazionale. Lo studio preliminare ha preso avvio dopo la constatata considerazione che la contrazione del m. ischiocavernoso e bulbocavernoso producono un incremento della pressione intracavernosa ed influenzano la rigidità peniena. Il m. bulbocavernoso in particolare comprime la vena dorsale profonda del pene prevenendo il deflusso ematico. Gli esercizi della muscolatura del piano pelvico in maschi con DE (disfunzione erettile) dovrebbero essere considerati secondo Dorey - Speakman - Feneley (BJGen Practice 2004) il primo approccio per trattare il problema.

**Materiali e Metodi:** Dal marzo 2008 al marzo 2009 undici pazienti affetti da deficit erettile in esiti di prostatectomia radicale sono stati sottoposti a biofeedback, FKT della muscolatura del piano pelvico e somministrazione a di alterni di inibitori delle PDE5 (sildenafil 50 mg) presso il nostro Istituto per la durata di 6 settimane, previo esame obiettivo - valutazione tonicità m. puborettale tramite espl. digitale (durata ed entità in secondi della contrazione) con scala numerica da 0 a 5 - compilazione questionari International Index Erectile Dysfunction (IIEF) e Erectile Dysfunction -Effect on Quality of Life (EDEQoL) pre trattamento, a tre mesi e a 6 mesi. Ciò consentiva di valutare l'entità della risposta al trattamento che, se positiva, veniva proseguita con esercizi quotidiani e assunzione di farmaco al domicilio del paziente in "autogestione". Il biofeedback ha previsto la contrazione continua della muscolatura per 10 secondi seguita da pari tempo di rilassamento per una durata di 15 minuti. La fisioterapia ha previsto sedute della durata di un'ora in palestra sotto l'attenta guida delle Terapiste della Riabilitazione. Degli 11 pazienti (età compresa tra i 59 ed i 71 anni), 7 erano affetti da deficit erettile post prostatectomia radicale retropubica, 2 post prostatectomia radicale per via trans-perineale e 2 post prostatectomia radicale per via laparoscopica. Ai controlli effettuati a 30 e 60 giorni è stato sottoposto nuovamente ai pazienti il questionario inerente la funzione erettile e l'attività sessuale.

**Risultati:** Degli 11 pazienti trattati preliminarmente, 5 (45,6%) hanno riconquistato una normale erezione, 3 (27,2%) hanno migliorato l'erezione in termine di rigidità e durata con utilizzo "on demand" di inibitori delle PDE5, 3 (27,2%) non hanno notato significativi cambiamenti riguardanti l'erezione. Non si sono verificati eventi avversi nel corso di tale terapia.

Al follow-up medio di 3 mesi di cui per ora si dispone la funzione erettile si mantiene, indipendentemente dalla assunzione di farmaci in 6/11 pazienti, mentre in 3/11 è subordinata all'assunzione di inibitori delle PDE5 "on demand".

**Conclusioni:** I risultati di questo studio preliminare, rapportati con i risultati della sola terapia fisica ottenuti da altri Autori, dimostrano che un programma di stimolazione ed esercizio della muscolatura del piano pelvico, associato all'assunzione di inibitori delle PDE5 può rappresentare una buona e ben accettata forma di riabilitazione per il trattamento dei pazienti con deficit erettile iatrogeno.

Abstract n. 100 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.00 Sala Sforza)

**LA DUTASTERIDE NEL TRATTAMENTO RADIANTE RADICALE ESCLUSIVO DEI PAZIENTI CON CARCINOMA DELLA PROSTATA (ca.P.) IN CLASSE DI RISCHIO BASSA - VANTAGGI DOSIMETRICI AGLI ORGANI CRITICI**

**Villa S., Pignoli E., Bedini N., Pittoni P.**

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Radioterapia

**Introduzione e Obiettivi:** La radioterapia (RT) esclusiva è una va-

lida opzione terapeutica nel trattamento dei pz con ca.P. in classe di rischio bassa. I dati della letteratura dimostrano che le dimensioni della ghiandola prostatica, in genere correlate alla concomitante iperplasia prostatica benigna (IPB), rappresentano una variabile fondamentale nel determinare il controllo locale sulla neoplasia e l'incidenza di sequele agli organi critici, soprattutto rettali. Quindi, il radioterapista è spesso indotto ad utilizzare il blocco androgenico (periferico o massimale) farmacologicamente indotto per ridurre il volume prostatico in un breve intervallo di tempo prima di avviare la RT, esponendo i pz agli effetti collaterali che l'uso di questi farmaci può indurre anche quando vengono assunti per periodi non prolungati. L'obiettivo principale di questo studio è rappresentato dalla valutazione delle effettive variazioni nel profilo dosimetrico dei pz sottoposti a RT esclusiva a dosi di radicalità (> 70 Gy) indotto dall'uso della dutasteride, un principio attivo di norma impiegato nella cura della IPB.

**Metodi** – Dal 02/2008 al 03/2009, 8 pz affetti da ca.P in classe di rischio bassa (NCCN 2008), candidati a 3D-CRT radicale esclusiva, volume ghiandola stimato > 40 cc (TRUS), che non avevano assunto finasteride o dutasteride negli ultimi 12 mesi, sono stati trattati con dutasteride (Avodart 0.5 1 cpr/die) prima di avviare la RT. Tutti i pz sono stati sottoposti a TC-simulazione, prima di attivare l'assunzione del farmaco, ed è stato prodotto un piano dosimetrico ottimizzato ai targets neoplastici (GTV e CTV) ed agli organi critici (retto, vescica, teste femorali). La TC-simulazione ed il piano dosimetrico ottimizzato sono stati ripetuti, ed utilizzati, al momento di avviare il ciclo di RT. I volumi d'interesse clinico sono stati contornati dal medesimo operatore per tutti i pz. I parametri volumetrici e dosimetrici confrontati sono stati: volume GTV e CTV, V70 e V50 per il retto, V45 e V30 per le teste femorali. La valutazione dosimetrica alla vescica è stata esclusa a causa dell'impossibilità di riprodurre le medesime condizioni di riempimento all'atto dell'acquisizione delle 2 serie di immagini TC.

**Risultati:** L'intervallo medio tra le due TC-simulazione per singolo pz è stato di 22 settimane (range 16-30). La dose totale al GTV ed al CTV è risultata sovrapponibile (-0,4% e -0,3%) così come la dose media (-0,3%) per entrambi i targets. GTV e CTV hanno dimostrato una riduzione volumetrica in 8/8 pz, pari mediamente al 28,8% (range 15,7-43,6) e al 31,7% (range 15,2-43,5) rispettivamente. La V70 e la V50 al retto si sono modificate favorevolmente in 7/8 pz, con una riduzione media rispettivamente del 28,5% (range 2,5-71,0) e del 23,1% (range 1,6-46,6). Il vantaggio dosimetrico a livello delle teste femorali è stato rilevato in 8/8 pz, con una riduzione media della V45 e della V30 rispettivamente del 78,0% (range 24,8-100) e del 42,5% (range 6,7-75,9)

**Conclusioni:** L'impiego della dutasteride per la correzione della IPB induce un vantaggio dosimetrico significativo agli organi critici, e può quindi limitare l'uso del blocco androgenico farmacologicamente indotto, in funzione di riduzione volumetrica ghiandola, nei pz con ca-P. in classe di rischio bassa candidati a RT radicale esclusiva.

Abstract n. 101 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.00 Sala Sforza)  
**WHICH ARE THE PATIENTS AT RISK TO RECUR BEYOND 10 YEARS AFTER RADICAL PROSTATECTOMY?**

Scattoni V.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Villa L.<sup>1</sup>, Freschi M.<sup>2</sup>, Abdollah F.<sup>1</sup>, Capitanio U.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele, Divisione di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Scientifico Sn Raffaele, Servizio di Anatomia Patologica

**Introduction:** Biopsy Gleason sum upgrading is a well known phenomenon occurring in about one third of patients subjected

to radical prostatectomy (RP). Established predictors of biopsy Gleason sum upgrading include prostate volume, biopsy Gleason sum, clinical stage and pre-operative PSA. We tested the hypothesis that time elapsing from prostate biopsy to RP represents a determinant of significant biopsy Gleason upgrading. **Materials and methods.** We reviewed biopsy and RP data of 1086 consecutive patients who underwent RP for prostate cancer between January 1998 and October 2008 at a single institution. The rates of significant biopsy Gleason sum upgrading were analyzed. Significant upgrading was defined as a shift from either biopsy Gleason sum 6 to 7 or higher, or biopsy Gleason sum 7 to 8-10 at RP. All pathologic evaluations were performed by a single pathologist. Logistic regression analyses targeted the rates of significant upgrading between prostate biopsy and RP according to time between prostate biopsy and surgery. All analyses were adjusted for pre-operative clinical characteristics (clinical stage, PSA, biopsy Gleason sum, prostate volume, total number of biopsy cores) and for year of surgery, coded in tertiles (namely, 1998-2002, 2003-2005, 2006-2008).

**Results:** Mean patient age was 65.7 years (median:66.2; range: 44.1-88.1 yrs). Biopsy Gleason sum was 6 in 68.3%, 7 in 25.8% and 8-10 in 5.9% of patients, respectively. Mean PSA was 10 ng/ml (median: 6.8 ng/ml; range: 0.3-678 ng/ml). Mean time between biopsy and surgery was 108.2 days (median: 99, range: 6-361). Overall, significant biopsy Gleason sum upgrading was observed in 297 patients (27.3%). At univariable logistic regression analyses, time elapsing from prostate biopsy to RP was significantly associated with higher rates of significant upgrading (p = 0.01). The most informative cut-off time between prostate biopsy and RP in predicting significant biopsy Gleason sum upgrading was 112 days (p < 0.001). At multivariable logistic regression analyses, after adjusting for PSA, clinical stage, biopsy Gleason sum, prostate volume, total number of biopsy cores and year of surgery, time from prostate biopsy to RP (namely, > 122 days vs ≤ 112 days) represented an independent predictor of Gleason sum significant upgrading (p = 0.003).

**Conclusions:** In patients undergoing RP, higher rates of biopsy Gleason sum significant upgrading should be expected when time to surgery is longer than 4 months. These results should be taken into account when planning treatment. Moreover, these results may have an impact on active surveillance prostate cancer programs.

Abstract n. 102 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostata 3 - ore 08.00 Sala Visconti)  
**TIME FROM PROSTATE BIOPSY TO RADICAL PROSTATECTOMY REPRESENTS AN INDEPENDENT PREDICTOR OF PROSTATE CANCER SIGNIFICANT UPGRADING.**

Scattoni V.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Villa L.<sup>1</sup>, Freschi M.<sup>2</sup>, Abdollah F.<sup>1</sup>, Umberto Capitanio U.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istituto Scientifico San Raffaele, Divisione di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Scentifico San Raffaele, Servizio di Anatomia Patologica

**Introduction:** Biopsy Gleason sum upgrading is a well known phenomenon occurring in about one third of patients subjected to radical prostatectomy (RP). Established predictors of biopsy Gleason sum upgrading include prostate volume, biopsy Gleason sum, clinical stage and pre-operative PSA. We tested the hypothesis that time elapsing from prostate biopsy to RP represents a determinant of significant biopsy Gleason upgrading. **Materials and methods.** We reviewed biopsy and RP data of 1086 consecutive patients who underwent RP for prostate cancer between January 1998 and October 2008 at a single institution. The rates of significant biopsy Gleason sum upgrading were analyzed. Significant upgrading was defined as a shift from ei-

ther biopsy Gleason sum 6 to 7 or higher, or biopsy Gleason sum 7 to 8-10 at RP. All pathologic evaluations were performed by a single pathologist. Logistic regression analyses targeted the rates of significant upgrading between prostate biopsy and RP according to time between prostate biopsy and surgery. All analyses were adjusted for pre-operative clinical characteristics (clinical stage, PSA, biopsy Gleason sum, prostate volume, total number of biopsy cores) and for year of surgery, coded in tertiles (namely, 1998-2002, 2003-2005, 2006-2008).

**Results:** Mean patient age was 65.7 years (median:66.2; range: 44.1-88.1 yrs). Biopsy Gleason sum was 6 in 68.3%, 7 in 25.8% and 8-10 in 5.9% of patients, respectively. Mean PSA was 10 ng/ml (median: 6.8 ng/ml; range: 0.3-678 ng/ml). Mean time between biopsy and surgery was 108.2 days (median: 99, range: 6-361). Overall, significant biopsy Gleason sum upgrading was observed in 297 patients (27.3%). At univariable logistic regression analyses, time elapsing from prostate biopsy to RP was significantly associated with higher rates of significant upgrading ( $p = 0.01$ ). The most informative cut-off time between prostate biopsy and RP in predicting significant biopsy Gleason sum upgrading was 112 days ( $p < 0.001$ ). At multivariable logistic regression analyses, after adjusting for PSA, clinical stage, biopsy Gleason sum, prostate volume, total number of biopsy cores and year of surgery, time from prostate biopsy to RP (namely,  $>112$  days vs  $\leq 112$  days) represented an independent predictor of Gleason sum significant upgrading ( $p = 0.003$ ).

**Conclusions:** In patients undergoing RP, higher rates of biopsy Gleason sum significant upgrading should be expected when time to surgery is longer than 4 months. These results should be taken into account when planning treatment. Moreover, these results may have an impact on active surveillance prostate cancer programs.

Abstract n. 103 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Prostate 2 - ore 08.00 Sala Sforza)

**TESTING THE MOST STRINGENT CRITERIA FOR ACTIVE SURVEILLANCE: AN ANALYSIS BASED ON PATHOLOGICAL FEATURES AT RADICAL PROSTATECTOMY**

Scattoni V.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Villa L.<sup>1</sup>, Freschi M.<sup>2</sup>, Abdollah F.<sup>1</sup>, Capitanio U.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istituto Scientifico San Raffaele, Divisione di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Scientifico San Raffaele, Servizio Di Anatomia Patologica

**Introduction:** Active surveillance represents one of the treatment options for low-risk prostate cancer patients. Many different criteria have been proposed for the selection of patients potentially suitable for this approach. However, high rates of misclassification have been reported. We tested the most stringent proposed criteria for selecting patients potentially candidates to active surveillance in a large of population of patients treated with radical prostatectomy (RP).

**Methods:** The study population was represented by 874 contemporary patients treated with RP at a single institution between January 2002 and September 2008. All patients had complete clinical and pathological data. We evaluated pathological characteristics of patients who could have been selected for active surveillance according to the criteria proposed by Van den Bergh et al. (cT1c/T2, PSA  $\leq 10$ , PSA density  $< 0.2$  ng/ml per ml, Gleason score  $\leq 3+3$ ,  $\leq 2$  positive biopsy cores) and Carter et al. (cT1, PSA density  $\leq 15$  ng/ml/cm<sup>3</sup>, Gleason score  $\leq 3+3$  with no pattern 4 or 5,  $\leq 2$  positive cores,  $\leq 50\%$  of anyone core involved with cancer). We analyzed the rates of advanced disease in these patients, defined as presence of extracapsular extension (ECE), seminal vesicle invasion (SVI), high grade pathologic Gleason score (defined as pathological Gleason score  $\geq 8-10$ ) and lymph node invasion (LNI).

**Results.** Of 874 patients, 85 (9.7%) and 61 (6.9%) patients could have been selected for active surveillance according to the criteria proposed by Van den Bergh et al. and Carter et al, respectively. When testing the criteria suggested by Van den Bergh et al., ECE, SVI, LNI and high Gleason sum (8-10) was noted in 5.9, 1.2, 1.2 and 1.2% of patients respectively. When testing the criteria suggested by Carter et al., ECE, SVI, LNI and high Gleason sum (8-10) was noted in 3.3, 0.0, 3.3 and 0.0% of patients, respectively. The overall rate of unfavourable prostate cancer characteristics (one of the above mentioned disease parameters) was 7.1 and 3.3% of patients when the criteria by Van den Bergh et al. and Carter et al were tested, respectively. However, when Gleason sum 7 was considered as a proxy for unfavourable prostate cancer characteristics, 28.2 and 27.9% of patients showed unfavourable disease characteristics, respectively.

**Conclusions:** The criteria proposed by Van den Bergh et al. and Carter et al. represent valid tools to select patients for active surveillance. However, according to our patient population, active surveillance can be offered only to 6.9-9.7% of prostate cancer patients when the mentioned criteria are applied. Nevertheless, 3.3-7.1% of patients still risk to be misclassified. Whether these rates are acceptable needs to be discussed in the clinical decision making process.

Abstract n. 104 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**DETECTION OF LYMPH-NODE METASTASES WITH INTEGRATED [11C]CHOLINE PET/CT IN PATIENTS WITH PSA FAILURE AFTER RADICAL RETROPUBIC PROSTATECTOMY: VALIDATION BY OPEN PELVIC-RETROPERITONEAL LYMPHADENECTOMY**

Scattoni V.\*<sup>1</sup>, Suardi N.\*<sup>1</sup>, Colombo R.\*<sup>1</sup>, Briganti A.\*<sup>1</sup>, Gallina A.\*<sup>1</sup>, Roscigno M.\*<sup>1</sup>, Villa L.\*<sup>1</sup>, Freschi M.\*<sup>1</sup>, Giovacchini G.\*<sup>1</sup>, Picchio M.\*<sup>1</sup>, Rigatti P.\*<sup>1</sup>, Montorsi F.\*<sup>1</sup>, Fazio F.\*<sup>1</sup>

\* Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele

**Introduction:** The aim of this study was to prospectively evaluate the accuracy of integrated [ (11)C]choline-PET/CT in the diagnosis of lymph-node recurrence in patients with prostate cancer and biochemical failure after radical prostatectomy (RP).

**Materials and methods:** Between October 2002 and July 2008, 53 patients with biochemical recurrence (median PSA: 1.90 ng/ml) and increased [ (11)C]choline-uptake in lymph-nodes on PET/CT scan were scheduled for either bilateral pelvic (16 cases) or both pelvic and retroperitoneal salvage lymph-node dissection (37 patients). Patients with evidence of local recurrence were excluded from the analyses. We analyzed the sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, and accuracy of [ (11)C]choline-PET/CT on a patient-based ( $n = 53$ ) and a lesion-based ( $n = 151$ ; right pelvic, left pelvic, retroperitoneal node) analysis. The impact of concomitant androgen deprivation therapy (ADT) on the accuracy of [ (11)C]choline-PET/CT was analyzed with the Mantel-Haenszel test.. Statistical significance was set at  $P < 0.05$ .

**Results:** The mean number ( $\pm$ SD) of removed and positive nodes at salvage lymph node dissection were  $27.8 \pm 17.9$  (range: 1-85) and  $8.1 \pm 11.1$  (range: 0-42), respectively. Forty-three out of the 53 patients (81.2%) with positive [ (11)C]choline-PET/CT had histologically proven nodal metastases of prostate carcinoma. At final pathology, 10 patients (18.8%) did not have evidence of nodal metastases (false positive patients). A sites-based analysis showed that [ (11)C]choline-PET/CT sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value and accuracy were 66%, 81%, 78%, 70%, and 73%, respectively. Table 1 shows the results of [ (11)C]choline-PET/CT according to con-

comitant ADT which did not impact on the performance characteristics of the technique.

**Conclusions:** [ (11)C]Choline-PET/CT represents an accurate diagnostic tool for the detection of lymph-node metastases of recurrent prostate cancer. Androgen deprivation therapy has no impact on the accuracy of [ (11)C]Choline-PET/CT scan.

	Overall	Per site (n = 151)		p-value
		ADT (n = 35)	No ADT (n = 18)	
Sensitivity	66%	64%	67%	0.71
Specificity (%)	81%	80%	83%	0.55
PPV (%)	78%	78%	76%	0.1
NPV (%)	70%	67%	75%	0.13
ACC (%)	73%	71%	76%	0.29

Abstract n. 105 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.00 Sala Sforza)  
**ESISTE UNA CORRELAZIONE TRA MICROFOCOLAIO ALLA BIOPSIA E STADIO ISTOLOGICO DELLA NEOPLASIA PROSTATICA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE?**  
**Scattoni V.\*, Villa L.\*, Colombo R.\*, Suardi N.\*, Capitanio U.\*, Angiolilli D.\*, Gallina A.\*, Maccagnano C.\*, SaccÀ A.\*, Roscigno M.\*, Freschi M.\*, Rigatti P.\*, Montorsi F.\***  
 \* Istituto Scientifico Ospedale San Raffaele

**Introduzione:** scopo dello studio è quello di valutare se esiste una correlazione tra il numero di prelievi eseguiti alla biopsia e la diagnosi di microfocolaio di adenocarcinoma prostatico ben differenziato.

**Materiali e Metodi:** abbiamo analizzato in maniera retrospettiva tutti i report di 7450 biopsie prostatiche eseguite dal 1992 al settembre 2008 con diagnosi (n = 448) (6.0%) di singolo focolaio positivo per adenocarcinoma prostatico ben differenziato (Gleason score <= 6 o non definibile). Questi pazienti sono stati studiati in base al numero di prelievi effettuati alla biopsia (<= 12 prelievi = 2850 casi) vs (> 12 prelievi = 4600 casi) e in base al riscontro di un microfocolaio (< 5% del frustolo) piuttosto che di un focolaio (5-20%) di adenocarcinoma.

**Risultati:** Abbiamo riscontrato un totale di 448 pazienti con microfocolaio. La probabilità di diagnosticare un microfocolaio con <= 12 prelievi è risultata significativamente inferiore alla probabilità di riscontrare un microfocolaio con > 12 prelievi (3.36% vs 7.6%, p = 0.01). Complessivamente il 21.4% (96 casi) aveva eseguito meno di 12 prelievi, mentre il 78.6% (352 casi) aveva eseguito più di 12 prelievi. I due gruppi di pazienti sono risultati omogenei per quanto riguarda l'età (66 vs 65.3 anni), il PSA totale (7.8 vs 8.8 ng/ml), il volume della prostata (63.4 vs 63.8 cc) e il volume dell'adenoma (35.2 vs 35.3 cc).

A 369 pazienti (82.4%) è stata riscontrata una diagnosi di microfocolaio, mentre il 79 pazienti (17.6%) presentava un singolo focolaio di adenocarcinoma (<20%).

**Conclusioni:** Il numero di prelievi maggiore di 12 sembra incrementare la possibilità di riscontrare un microfocolaio di adenocarcinoma ben differenziato rispetto ad una biopsia con meno di 12 prelievi.

Abstract n. 107 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)  
**I COSTI DEL TRATTAMENTO E DEL FOLLOW-UP DEL TUMORE VESCICALE IN ITALIA**  
**Racioppi M.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>1</sup>, D'Agostino D.<sup>1</sup>, Pinto F.<sup>1</sup>, Sacco E.<sup>1</sup>, Gulino G.<sup>1</sup>, Cappa E.<sup>1</sup>, Bassi P.F.<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Clinica Urologica-Università Cattolica del Sacro Cuore. Roma

**Introduzione e Obiettivi:** Il tumore della vescica è il secondo tumore dell'apparato urogenitale più comune nel mondo occidentale. Secondo dati della Surveillance Epidemiology and End Results negli ultimi 30 anni l'incidenza di questa malattia è stata in costante aumento, sia tra gli uomini che tra le donne. Scopo di questo lavoro è effettuare una valutazione dei costi di diagnosi, trattamento e follow-up del tumore di vescica.

**METODI:** Abbiamo eseguito una valutazione analitica dei costi diretti sostenuti nella nostra struttura per il trattamento del tumore di vescica. Sono stati analizzati i costi per singolo paziente prendendo in esame le varie fasi del ricovero con le strutture e le risorse, materiali ed umane, coinvolte. Per la diagnosi ed il follow-up abbiamo utilizzato il tariffario nazionale del SSN, ricavando il costo totale di un Paziente affetto da tumore della vescica

**Risultati:** Il costo totale per neoplasia superficiale della vescica, calcolato nel Policlinico Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, trattata con una resezione endoscopica ammonta ad € 2.242,20. Per la chemio-immunoterapia i costi di una singola instillazione sono di € 162,40 per il BCG, € 172,80 per l'epirubicina e € 177,30 per la mitomicina C. La stima del costo/anno completo in Italia per un Paziente con prima diagnosi di tumore superficiale a basso rischio è di € 2.885, mentre per un paziente con tumore superficiale ad alto rischio è di € 3.963. La stima annua della spesa nazionale per i nuovi casi ammonta ad almeno € 36.783.750. Nel caso di neoplasia infiltrante il costo per Paziente di diagnosi, trattamento e follow-up è di € 7790 al primo anno. Per quanto riguarda la cistectomia radicale il costo del ricovero basato sulla media nazionale di 15 giorni di degenza, è di € 6.860.

**Conclusioni:** il tumore di vescica si conferma una malattia dagli alti costi dovuti in particolare alla sua presentazione policronotropa. I calcoli sono comunque sottostimati per le variabili che possono influire. Il trattamento chirurgico incide per il 53-80% dei costi; pertanto la possibilità di contenimento dei costi sono indeterminate essenzialmente alla diagnosi e alla sorveglianza e prevenzione delle recidive e quindi del loro trattamento chirurgico

Abstract n. 108 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)  
**RARO CASO DI TUMORE PRIMITIVE NEUROECTODERMICO DELLA PROSTATA**  
**Siracusano S., Ciciliato S., Lampropoulou N., Visalli F., Belgrano E.**  
 U.C.O di Clinica Urologica Università degli Studi di Trieste

**Introduzione:** Il tumore primitivo neuroectodermico (PNET) è una rara neoplasia maligna dei tessuti molli frequente nel bambino e nel giovane adulto (1). Il tumore primitivo neuroectodermico fa parte della stessa famiglia del sarcoma di Ewing. Sono neoplasie con uno spiccato trofismo per il tessuto osseo ed i tessuti molli della regione paraspinale. È stato descritto il suo sviluppo in diversi organi dell'apparato genitourinario come il rene, l'uretere, la vescica, le gonadi maschili e le ghiandole seminali. I casi a localizzazione primitiva prostatica sono molto rari ed il trattamento come il follow up per questi pazienti non paiono definiti.

Riportiamo un raro caso di PNET della prostata.  
**Caso Clinico:** M.D. uomo di 50 anni con sintomatologia urinaria ostruttiva alla visita urologica presenta un nodulo al lobo prostatico sinistro. Il PSA è di 0,59 ng/ml e diagnosi istologica di adenocarcinoma con Gleason score di 9 (4+5) ottenuta con l'agobiopsia prostatica transrettale. Viene sottoposto ad intervento chirurgico di prostatectomia radicale retropubica con estesa linfadenectomia pelvica. La diagnosi istopatologica è stata di PNET della prostata ad estensione extracapsulare ed invasione del collo vescicale e delle vescicole seminali con metastasi linfonodali.

La neoplasia è costituita da elementi cellulari di piccolo dimensioni di aspetto epiteliomorfo, omogeneo, rotondeggiante e poligonale. L'immunoistochimica conferma il sospetto diagnostico dimostrando l'immunoreattività per la vimentina, il CD99, il CK8.18 e la Neuron specific enolase mentre è negativa per la citocheratina, la miogenina, la serotonina il CD5.

Il paziente è stato sottoposto a trattamento radioterapico della pelvi con una dose di 64Gy e successivi 3 cicli di chemioterapia con ciclofosamide, etoposide e vincristina. A 30 mesi dall'intervento la PET dimostra l'assenza di ripresa locale della malattia. La TC del torace dimostra la presenza di una lesione metastatica di 3 cm di massimo diametro al lobo polmonare destro. Il paziente è asintomatico e sta concludendo il trattamento chemioterapico programmato.

**Conclusioni:** L'esiguo numero di casi di PNET della prostata descritti in letteratura non permette di definire quale sia il trattamento più efficace per questi pazienti. La prognosi nei casi con diagnosi di PNET metastatico è sfavorevole e l'unico trattamento proposto è chemioterapico. Nei due casi descritti in letteratura i pazienti, in assenza di documentate metastasi e con diagnosi di PNET all'agobiopsia della prostata sono stati sottoposti a citoprostatectomia radicale in relazione alla descritta elevata aggressività di tale neoplasia. Nel caso da noi riportato abbiamo eseguito la sola prostatectomia radicale retropubica garantendo una buona qualità della vita in assenza di ripresa locale della malattia.

#### Bibliografia

1. Arch Pathol Lab Med. 2005 Jul;129 (7):866-73

Abstract n. 109 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### STUDIO DELLA PREDITTIVITÀ DELL'AGOBIOPSIA PROSTATICA / VS PEZZO OPERATORIO IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA

**Portoghese F.<sup>1</sup>, Calbi R.<sup>1</sup>, Notaristefano A.<sup>2</sup>, Martinelli G.<sup>1</sup>, Petruzzi M.<sup>1</sup>, Rizzo P.<sup>1</sup>, Savino D.V.<sup>3</sup>, Susca C.<sup>1</sup>, Romano M.<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F.Miulli";  
<sup>2</sup>Medicina Nucleare Diagnostica per Immagini "Di.M.I.M.P., Policlinico" Università degli Studi di Bari; <sup>3</sup>Università degli Studi di Bari

**Scopi:** Verificare il grado di predittività dell'agobiopsia prostatica nell'individuazione del carcinoma prostatico, con particolare riguardo al grado di Gleason

**Materiali e Metodi:** Confronto fra il referto istologico dell'agobiopsia prostatica e il referto del pezzo operatorio. Sono stati esaminati 70 casi-

**Risultati:** in 25 casi (35,7%) si è verificata corrispondenza fra il Gleason pre-operatorio e quello verificato dopo l'asportazione della prostata; in 9 casi (12,9%) il grado di Gleason coincideva, ma con diversa distribuzione (in 7 di questi casi erano invertiti i valori, nei restanti 2 comparivano valori differenti); in 36 casi (51,4%) non c'era corrispondenza.

In 56 casi (80%) il grado di Gleason aveva valore 6 o 7.

**Discussione:** Le situazioni cliniche più frequenti sono 6-7. Lo score di Gleason assume un'importanza fondamentale nel condizionare le scelte prognostiche perché mettendo insieme lo score di Gleason, lo stadio di malattia e il valore del PSA è possibile costruire dei veri e propri fattori di rischio, di malattia metastatica assente, per esempio, e di esito clinico del trattamento in termini di probabilità di guarigione, con situazioni più favorevoli (malattie intracapsulari con PSA al di sotto di determinati valori e con dei Gleason score ben differenziati).

**Messaggio conclusivo:** Occorre conoscere l'affidabilità statistica dei mezzi di predizione delle malattie prostatiche per poter assegnare loro il giusto peso in fase di diagnosi.

#### Abstract n. 110 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostata 3 - ore 08.00 Sala Visconti) IPOREGOLAZIONE DI CYR 61 IN LINEE CELLULARI DI ADE- NOCARCINOMA PROSTATICO TRATTATE CON ACIDO ZO- LEDRONICO (ZOL) E DOCETAXEL (DTX): UNA NUOVA STRATEGIA TERAPEUTICA

**Altieri V.<sup>4</sup>, Marra M.<sup>1</sup>, Abbruzzese A.<sup>1</sup>, Meo G.<sup>1</sup>, Zappavigna S.<sup>1</sup>, Vincenzi B.<sup>2</sup>, Addeo SR.<sup>1</sup>, Baldi A.<sup>1</sup>, Rosolowski M.<sup>3</sup>, Loeffler M.<sup>3</sup>, Tonini G.<sup>2</sup>, Santini D.<sup>2</sup>, Caraglia M.<sup>1</sup>, Ferro M.<sup>4</sup>**  
<sup>1</sup>Department of Biochemistry and Biophysics, Second University of Naples; <sup>2</sup>Medical Oncology, University Campus Bio-Medico, Rome, Italy; <sup>3</sup>Institute for Medical Informatics, Statistics and Epidemiology, University of Leipzig, Germany; <sup>4</sup>Urology Clinic, Federico II University, Naples, Italy

**Introduzione e Obiettivi:** Abbiamo analizzato la modulazione indotta da acido zoledronico (Zol) nelle cellule PC3 ottenuta con la piattaforma di cDNA microarray, e focalizzato la nostra attenzione su CYR61, una glicoproteina con multiple funzioni nelle cellule tumorali (proliferazione, sopravvivenza, adesione, migrazione e angiogenesi) al fine di identificare nuovi bersagli molecolari dello ZOL nella terapia del carcinoma prostatico ormono-refrattario (CPOR) e per potenziarne la sua efficacia anti-tumorale.

**Metodi:** Abbiamo utilizzato: linee cellulari di carcinoma prostatico umano androgeno indipendente PC3 e DU145 e la linea cellulare androgeno-dipendente LNCaP. Analisi dell'espressione di CYR61 sulla superficie cellulare mediante tecnica citofluorimetrica. Le PC3 sono state trasfettate con il plasmide codificante per lo short hairpin RNA di CYR61 e l'shCYR61EV e poi trattate con concentrazioni crescenti di ZOL e successivamente ZOL con aggiunta di Docetaxol. L'attività trascrizionale del promotore di CYR61 in cellule PC3, trattate e non, è stata valutata mediante il saggio della luciferin-luciferasi.

**Risultati:** Il trattamento con ZOL delle cellule di PC3 induce iporegolazione specifica del gene CYR61 in maniera tempo- e dose-dipendente. Gli effetti dello ZOL sull'espressione della proteina CYR61 sono dipendenti dall'inibizione del processo di geranil-geranilazione. Poiché CYR61 funziona come ligando delle integrine, in particolare dell'integrina  $\alpha_3\beta_1$  la sua iporegolazione può potenziare gli effetti indotti dallo ZOL principalmente sulla motilità delle cellule di carcinoma prostatico umano ed in misura minore sull'invasione. Dato che CYR 61 è coinvolta nel meccanismo di resistenza ai Taxani, la combinazione Zol e Dtx inibisce la crescita sia delle cellule PC3 che di quelle trasfettate con shCYR61.

**Conclusioni:** I risultati ottenuti sia dal trattamento con il solo Zol e soprattutto quelli legati al meccanismo sinergico, derivante dall'associazione con DTX, ci offrono nuove strategie terapeutiche per il carcinoma prostatico androgeno-resistente.

Abstract n. 111 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

#### RISPOSTA A SUNITINIB NEOADIUVANTE PER TUMORE RENALE METASTATICO: CASE REPORT

**Baldazzi V.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>2</sup>, Tassi R.<sup>1</sup>, Muto A.<sup>1</sup>, Santomaggio C.<sup>1</sup>, Cipriani G.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>2</sup>, Mazzanti R.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Oncologia Medica 2 - AUO Careggi - Firenze; <sup>2</sup>Clinica Urologica - AUO Careggi

**Introduzione:** La terapia neoadiuvante viene utilizzata per ottenere un down-sizing dei tumori localmente avanzati. Nel carcinoma renale la terapia neoadiuvante con citochine non si è rivelata efficace sia in termini di Progression Free Survival (PFS) che di Overall Survival (OS). La nefrectomia citoriduttiva è fino ad oggi considerata il trattamento standard del carcinoma renale 3. La target therapy ha determinato un aumento della PFS e dell'OS in pazienti con malattia metastatica. Alla luce di questo

dato è proponibile una terapia neoadiuvante dei tumori renali avanzati o metastatici al fine di valutare la risposta alla terapia sulle metastasi e ottenere un down-sizing della lesione primitiva che può consentire un intervento di nefrectomia con riduzione significativa della morbilità perioperatoria.

Si riporta un caso di terapia neoadiuvante con Sunitinib 50 mg/die in un paziente affetto da carcinoma renale metastatico. Case report: Nell'Aprile 2008 un uomo di 64 anni giunge alla nostra attenzione a seguito del riscontro ecografico di una lesione eteroplasmica di 10x10 cm a sede mesorenale e polare inferiore sinistra.

Il paziente esegue TC total body con mdc che evidenzia a carico del rene sx una massa esofitica di 10x8x10 cm, infiltrante la fascia del Gerota, il cellulare adiposo pararenale e le cavità calicoliche; invasione della vena cava sottodiaframmatica; presenza di due lesioni secondarie centimetriche a livello del IV e VIII segmento. Il paziente è stato pertanto sottoposto a biopsia TC guidata della massa renale sn. E.I.: carcinoma renale a cellule chiare.

Nel Maggio 2008 il paziente inizia terapia con Sunitinib 50 mg/die per 28 giorni, seguiti da 14 giorni di pausa. Esegue complessivamente tre cicli di terapia riportando come effetti collaterali astenia, mucosite G2, rettorragia, ipotiroidismo subclinico, ipercolesterolemia ed ipertrigliceridemia.

Nel Settembre 2008 il paziente esegue nuova TC total body con mdc che evidenzia significativa riduzione volumetrica della neof ormazione renale sinistra (8x5x6 cm), con estesa necrosi centrale. Non più evidenziabili le lesioni secondarie epatiche e la trombosi della vena cava.

Nell'ottobre 2008 è stato eseguito intervento chirurgico di nefrectomia sinistra. E.I.: carcinoma renale a cellule chiare, Fuhrman G3, con estese aree di necrosi; la neoplasia invade il grasso perirenale; trombosi neoplastica della porzione distale della vena renale. Dopo tre settimane dall'intervento chirurgico il paziente ha ripreso terapia con Sutent 50 mg/die, eseguendo ulteriori tre cicli di trattamento.

All'ultimo controllo con Tc total body con mdc eseguito a Marzo 09 non si evidenzia ripresa di malattia.

Discussione: Il ruolo della terapia neoadiuvante con farmaci a target molecolare nell'RCC, non è ancora ben definito. La somministrazione di Sunitinib risulta essere ben tollerata e può determinare nel 20% dei pazienti una riduzione della massa tumorale facilitando la nefrectomia citoreduttiva 4 5 6. Questo rende l'uso di Sutent nel setting neoadiuvante un interessante strategia terapeutica per il carcinoma renale localmente avanzato o metastatico.

Abstract n. 112 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE CON CHEMIO-ORMONO TERAPIA ADIUVANTE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE**  
Zenico T.<sup>1</sup>, Salomone U.<sup>1</sup>, Saccomanni M.<sup>1</sup>, Gunelli R.<sup>1</sup>, Fiori M.<sup>1</sup>, Salaris C.<sup>1</sup>, Lilli P.<sup>1</sup>, Melotti S.<sup>1</sup>, Bercovic E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. di Urologia Ospedale G.B. Morgagni-L. Pierantoni, Forlì

Introduzione e Obiettivi: La terapia di prima linea, da intraprendere in quei pazienti che presentano rialzo dei valori sierici di PSA dopo prostatectomia radicale, è ancora oggi discussa. L'U.O. di Forlì ha seguito 42 pazienti dall'ottobre del 1986 al febbraio del 2007, quando è deceduto l'ultimo paziente, con un follow-up medio di 90.7±19,03 mesi. Scopo dello studio è stato quello di valutare i risultati di una terapia combinata, costituita dalla somministrazione di LH-Rh analogo in aggiunta ad un antiandrogeno periferico per 15 giorni, in associazione ad Estramustina fosfato (Estracit®) a basso dosaggio 280mg/die, antiaggregante (A.S.A. 100 mg) e modiatore 2,5 mg.

Metodi: Sono stati inseriti nello studio 42 pazienti consecutivi, età media 65.78±3.8 (range 58-74), di cui 11 pT2a (26%), 8 pT2b (19%), 10 pT2c (24%), 10 pT3a (24%), 3 pT3b (7%), 4 (9.5%) N+, nessuna caso di metastasi a distanza. Gleason score medio 5.24±1.23 con un PSA medio alla diagnosi di 10.59. La terapia è stata iniziata alla ripresa biochimica di malattia con PSA medio nel campione di 2,87 ± 0,77 e a 34.9±13.56 mesi dall'intervento.

Risultati: Il PSA nadir è stato raggiunto in media in 5.73±2.5 (range mesi 3-9). I dati riguardanti il tempo libero di malattia sono stati incoraggianti con una media di 90.17 ± 25.72 e con una sopravvivenza media di 114.5 mesi. Dato di grande rilevanza è anche l'ottima qualità di vita dei pazienti, con nessun caso di dolore osseo intrattabile, anche in coloro nei quali si è verificata una progressione della malattia. Gli effetti collaterali sono stati contenuti e circoscritti a ginecomastia in 12 pazienti (28%), 1 solo caso di trombocitopenia, che ha richiesto la sospensione temporanea della terapia.

Conclusione: Il razionale del protocollo è stato quello di trattare contemporaneamente sia i cloni ormonosensibili, che quelli ormono resistenti in un momento di basso volume tumorale. Ciò ha permesso di utilizzare Estramustina fosfato a basso dosaggio, garantendo contemporaneamente l'efficacia oncologica sui cloni non sensibili all'analogo ed evitando i temibili rischi di tromboembolia delle alte concentrazioni. Attualmente l'estramustina fosfato è inclusa in protocolli terapeutici di seconda linea, associata ad altri chemioterapici ed in particolare il docetaxel. Non vi è dubbio che è sempre più usuale la strategia di impiegare questi protocolli nelle fase iniziale della recidiva, piuttosto che dopo l'escape dalla terapia ormonale. Questo studio ha avuto lo scopo di mettere in risalto l'efficacia, sia in termini di sopravvivenza totale, che di tempo di progressione del PSA e la sicurezza di questo farmaco, che troppo spesso viene considerato superato.

#### Bibliografia:

1. Combining docetaxel with estramustine: back to the future? Oudard S, Eymard JC, Fizazi K., *J Clin Oncol*. 2009; 27 (7):1148-9; author reply 1149-50.
2. Docetaxel, with or without estramustine phosphate, as first-line chemotherapy for hormone-refractory prostate cancer: results of a multicentre, randomized phase II trial. Caffo O, Sava T, Comproi E, Fariello A, Zustovich F, Segati R, Sacco C, Valduga F, Cetto G, Galligioni E. *BJU Int*. 2008; 102(9):1080-5.

Abstract n. 113 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**L'INFILTRAZIONE DEGLI SPAZI PERINEURALI (ISPN) COME VARIABILE INDIPENDENTE NELLA PROGRESSIONE DI CARCINOMA PROSTATICO DOPO TRATTAMENTO RADICALE**  
Brancato T.<sup>1</sup>, Orsolini G.<sup>1</sup>, Paulis G.<sup>1</sup>, Nupieri P.<sup>1</sup>, Alvaro R.<sup>2</sup>, D'Ascenzo R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UOD Urologia Ospedale Regina Apostolorum- Albano Laziale Roma; <sup>2</sup>Università di Roma Tor Vergata

La significatività prognostica dell'invasione degli spazi perineurali dopo prostatectomia radicale per carcinoma prostatico (CaP) rimane tuttora incerta. Abbiamo voluto cercare una eventuale relazione tra l'invasione degli spazi perineurali e le altre caratteristiche patologiche dopo intervento di prostatectomia radicale retropubica (RRP)

Materiali e Metodi. È stata effettuata una valutazione retrospettiva su 96 pazienti, positivi per ISPN sottoposti a RRP per CaP dal 1998 al 2003, seguiti con follow-up di almeno 5 anni, per i quali sono stati confrontati il Psa preoperatorio, il Gleason Score (GS), la positività dei margini chirurgici, della infiltrazione capsulare e delle vescicole seminali e l'infiltrazione degli spazi perineurali, in relazione alla evoluzione della malattia.



**Risultati:** L'età media era di 65,33 (SD ± 5,50), il PSA preoperatorio medio 8,2 ng/ml (DS ± 5,4). Dopo RRP si sono avuti 53 pT2 (55.2%), 30 pT3 (31.2%), 13 pT4 (13.5%). Dopo un follow-up medio di 88 mesi (min 61/max 139) il 23,4% dei pazienti (22) è risultato avere una recidiva biochimica di malattia, 1 è deceduto per Cap, 7 sono deceduti per altre cause non legate al carcinoma prostatico, e 64 (68,1%) sono disease free. L'ISPN è stata riscontrata in 41 pazienti (42.7%). Il rapporto tra ISPN ed altre variabili è evidenziato nella tabella:

	ISPN + (41 pazienti)		ISPN - (55 pazienti)	
	Pazienti	Recidive	Pazienti	Recidive
Capsula +	18	8 (44.4%)	27	7 (25.9%)
Margini +	18	8 (44.4%)	9	4 (44.4%)
Vescicole +	7	6 (85.7%)	1	1 (100%)
Linfonodi +	2	2 (100%)	1	1 (100%)

I Valori del Psa preoperatorio non risultavano differenti nei due gruppi di pazienti (8.65 ng/ml ISPN+ / 7.97 ng/ml ISPN-) ed un test di Fischer è risultato non significativo ( $p < 0.46$ ). Il GS non mostra differenze significative (F Test  $P < 0.17$ ) tra il gruppo ISPN + (media GS 6.13) ed il gruppo ISPN - (media GS 5.72). ISPN era presente nel 61.5% dei pT4, vs 56.6% dei pT3 e 30.1% dei pT2. La prognosi si conferma peggiore nella infiltrazione delle vescicole seminali e dei linfonodi sia in presenza che in assenza di ISPN. La presenza di ISPN nei pazienti con capsula infiltrata e margini infiltrati sembra essere un criterio peggiorativo della prognosi.

**Conclusioni:** La presenza di ISPN tende ad aumentare con il peggioramento dello stadio clinico e può essere considerato un fattore predittivo per un peggiore decorso della patologia neoplastica associato ai fattori predittivi tradizionali, in particolare alla positività dei margini chirurgici.

Abstract n. 114 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostata 3 - ore 08.00 Sala Visconti)  
**CANCER SPECIFIC OUTCOMES OF PATIENTS WITH GLEASON 8-10 AT RADICAL PROSTATECTOMY. RESULTS OF A SINGLE-INSTITUTION SERIES**

Colombo R.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Capitanio U.<sup>1</sup>, Scattoni V.<sup>1</sup>, Karakiewicz P.I.<sup>2</sup>, Freschi M.<sup>3</sup>, Doglioni C.<sup>3</sup>, Roscigno M.<sup>1</sup>, Bertini R.<sup>1</sup>, Da Pozzo L.F.<sup>1</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>, Montorsi F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Vita-Salute University San Raffaele, Dept. of Urology, Milan, Italy; <sup>2</sup>University of Montreal, Cancer Prognostic and Health Outcome Unit, Montreal, Canada; <sup>3</sup>Vita-Salute University San Raffaele, Dept. of Pathology, Milan, Italy

**Introduction:** High Gleason score at radical prostatectomy (RP) is associated with poor long term outcome. Factors associated with cancer specific survival (CSS) in patients with this pathological feature are not clear yet.. We evaluated the outcome of patients with Gleason 8-10 at RP and we assessed the prognostic factors of biochemical recurrence (BCR) and CSS in this subset of patients.

**Material & Methods:** The study included 437 consecutive patients with pathological Gleason sum 8-10 treated with RP and extended pelvic lymph node dissection (ePLND) at a single European institution between July 1988 and September 2006. All patients had detailed pathological and follow-up data. Biochemical recurrence (BCR) was defined as two consecutive post-operative PSA > 0.2 ng/ml. The Kaplan Meier method was used to graphically explore BCR free survival as well as CSS and overall survival (OS) rates at 5,8 and 10 years after surgery. Moreover, univariable and multivariable Cox regression models were used to predict CSS after accounting for pre-operative

PSA, pathological stage, lymph node and surgical margin status (RT) in this group of patients.

**Results:** Mean age at surgery was 66.4 yrs (median 67.1, range: 44-83). Mean PSA was 33.2 ng/ml (median 12, range 0.6- 475). Pathological Gleason sum was 8 in 188 (43%), 9 in 238 (54.5%) and 10 in 11 (2.5%). Overall, 74 (16.9%) patients had pT2 prostate cancer, 103 (23.6%) patients had extracapsular extension (ECE), 204 (46.7%) had seminal vesicle invasion (SVI), 56 patients (12.8%) had pT4 prostate cancer. Two-hundred-sixteen patients (49.4%) had lymph node invasion (LNI). Mean follow-up was 64 months (median 54; range: 3-227). BCR free survival, CSS and OS rates at 5,8 and 10 years after surgery were 69, 54 and 38%, 79,69 and 69%, 76,65 and 64%, respectively. In univariable Cox regression models presence of lymph node invasion was the only significant predictor of CSS ( $p = 0.04$ ). However, after adjusting for all the other variables no significant association was found between LNI and CSS (all  $p \geq 0.2$ ). Nevertheless, patients with specimen confined disease and negative lymph nodes had significantly higher 10-year CSS rates compared to patient with less favourable pathological characteristics (96% vs. 65%;  $p = 0.008$ ).

**Conclusions:** Presence of high Gleason score at RP represents a poor prognostic factor in the outcome of patients with prostate cancer. The 10-year CSS rate was 69%. However, RP and ePLND seem to provide good long-term cancer control in a subset of these patients, with organ confined disease and negative lymph nodes.

Abstract n. 115 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostata 3 - ore 08.00 Sala Visconti)  
**LEARNING CURVE IS ENDLESS: BIOCHEMICAL RECURRENCE RATES KEEP VARYING AMONG HIGH VOLUME RADICAL RETROPUBLIC PROSTATECTOMY SURGEONS**  
 Colombo R., Gallina A., Suardi N., Briganti A., Passoni N.M., Bianchi M., Salonia A., Da Pozzo L.F., Scattoni V., Rigatti P., Montorsi F.  
 University Vita Salute San Raffaele Hospital, Dept. of Urology, Milan, Italy

**Introduction.** Previous studies demonstrated that higher surgical volume is associated with lower rates of biochemical recurrence (BCR) after radical prostatectomy (RP) for clinically localized prostate cancer. However, these results may be artificially inflated by the fact that even surgeons with a very low surgical volume were included in such studies. We hypothesized that surgical volume may impact on BCR after surgery even among surgeons with high RP expertise.

**Material & Methods.** The study included 1842 consecutive patients with complete clinical, pathological and follow-up data treated with RP and extended pelvic lymph node dissection (ePLND) at a single European Institution from January 2000 to January 2008 by five high volume surgeons. All surgeons performed at least 250 RPs. Patients were divided into three groups according to the pre-operative characteristics: low-risk (clinical stage T1c, biopsy Gleason sum  $\leq 6$  and PSA  $\leq 10$ ng/mL;  $n = 589$ ), high risk (PSA  $\geq 20$  ng/ml or clinical stage T3 or biopsy Gleason sum 8-10;  $n = 437$ ) and intermediate risk (all the remaining patients;  $n = 816$ ). Individual surgical volumes were tested in all the 3 risk groups. Kaplan Meier method was used to graphically explore BCR rates after surgery according to each surgeon in each group. Moreover, multivariable Cox regression models tested the association between surgical volume and BCR on the entire cohort, after adjusting for pre-operative PSA, clinical stage and biopsy Gleason sum.

**Results.** Mean patient age was 65 yrs (median: 65.5 yrs, range: 41-85 yrs). Mean surgical volume was 430 RPs (range: 265-

763). Mean number of procedures per-year was 56.8 (range: 38-85). Mean follow-up was 30.5 months (median 28.5, range 3-123). Kaplan-Meier analyses demonstrated that higher surgical volume was associated with lower rates of BCR in the whole population of patients (Log-rank  $p = 0.006$ ). When the univariable analyses targeted the rates of BCR in the different risk categories of patients, surgical volume was demonstrated to represent a significant predictor of BCR only in the intermediate risk group (Log-rank  $p = 0.048$ ). At multivariable Cox regression analyses, surgical volume represented an independent predictor of BCR (HR = 0.99;  $p = 0.006$ ) Even after adjusting for pre-operative risk characteristics, the higher the surgical volume the lower the risk to develop BCR (HR = 0.78;  $p = 0.001$ ).

**Conclusions:** Our analyses demonstrate that higher surgical volume represent a powerful independent predictor of better biochemical control even when only experienced surgeons are considered. The strongest effect of surgical volume seems to be recorded in the intermediate risk patients.

Abstract n. 116 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escretrice - ore 14.00 Sala Sforza)

**INTRAVESICAL MITOMYCIN C COMBINED WITH HYPER-THERMIA FOR PATIENTS WITH T1G3 TRANSITIONAL CELL CARCINOMA OF THE BLADDER**

**Colombo R.<sup>1</sup>, Zanni G.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Maccagnano C.<sup>1</sup>, Pellucchi F.<sup>1</sup>, Halachmi S.<sup>2</sup>, Moskovitz B.<sup>2</sup>, Maffezzini M.<sup>3</sup>, Conti G.<sup>4</sup>, Verweij F.<sup>5</sup>, Sandri S.<sup>6</sup>, Kedar D.<sup>7</sup>, Nativ O.<sup>7</sup>**

<sup>1</sup>University "Vita-Salute" San Raffaele, Milan; <sup>2</sup>Bnai Zion Medical Center, Haifa, Israel; <sup>3</sup>Galliera Hospital, Genova, Italy; <sup>4</sup>St. Anna Hospital, Como, Italy; <sup>5</sup>European Institute of Oncology, Milan, Italy; <sup>6</sup>Magenta Hospital, Magenta, Italy; <sup>7</sup>Rabin Medical Center, Petah-Tikva, Israel

**Introduction:** Urothelial cell carcinoma (UCC) classified as T1G3 are most challenging bladder tumors. Although it is still considered a non-muscle invasive lesion amenable for conservative management, the risk for recurrence and progression is high. Patients who already failed previous intravesical BCG treatment and had recurrent T1G3 tumor are even at higher risk for progression to an invasive disease leading many urologists to advocate cystectomy for them. This is also the EAU and AUA guidelines recommendations. The aim of our study was to evaluate recurrence and progression rate in patients with T1G3 UCC after transurethral resection of tumor (TUR) followed by adjuvant prophylactic Thermo chemotherapy (intravesical Mitomycin C combined with bladder wall hyperthermia) delivered by the "Synergo" device.

**Materials & Methods:** We evaluated retrospectively the data of patients with T1G3 lesions who underwent TUR followed by thermo chemotherapy (TCT). Data recorded included age, gender, previous resections, previous intravesical treatment, time to tumor recurrence and time to tumor progression. TCT was given once weekly for 6 consecutive weeks, followed by 6 maintenance sessions at 4-6 weeks intervals. During treatment 40mg of Mitomycin C were instilled into the bladder in addition to bladder wall hyperthermia to  $42 \pm 20C$  for 40-60 minutes. Follow up cystoscopy and urine cytology were performed every 3 months in the first 2 years and than biannually.

**Results:** A total of 56 patients were treated with Prophylactic intent. Mean age was 68 years (range 35-91), 10 were females and 46 males. Twenty-six patients failed on at least one previous intravesical treatment. Five patients who dropped out due to adverse events before reaching the first outcome evaluation cystoscopy were referred to another intravesical therapy, and were therefore excluded from the current analysis. A total 51 patients were available for analysis. Median follow up time of tumor free

patients was 18 months (Average 20, range 2-49 months). Seventeen patients (33.3%) had tumor recurrence, 4 of them progressed to muscle invasive disease. The median time to recurrence was 9 months (Average 11, range 2-31 months). The Kaplan-Meier estimated recurrence rate for this group is: 42.9% at 2 years, 51.0% at 4 years.

**Conclusions:** TCT can be an effective adjuvant treatment option after TUR to prevent recurrence in patients with T1G3 UCC. Progression rate under this treatment is low (7.9%).

TCT treatment was also effective in those who failed previous intravesical regimens including BCG. Treatment is safe and tolerable. Only 5 patients (~9%) dropped out due to adverse events.

Abstract n. 117 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostata 3 - ore 08.00 Sala Visconti)  
**ISOLATED BLADDER NECK INVOLVEMENT FROM PROSTATE CANCER SHOULD NOT BE CONSIDERED AS PT4 DISEASE**

**Colombo R.<sup>1</sup>, Gallina A.<sup>1</sup>, Briganti A.<sup>1</sup>, Suardi N.<sup>1</sup>, Bianchi M.<sup>1</sup>, Passoni N.<sup>1</sup>, Salonia A.<sup>1</sup>, Abdollah F.<sup>1</sup>, Scattoni V.<sup>1</sup>, Freschi M.<sup>2</sup>, Rigatti P.<sup>1</sup>, Montorsi, F.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Vita-Salute University San Raffaele, Dept. of Urology, Milan, Italy; <sup>2</sup>Vita-Salute University San Raffaele, Dept. Of Pathology, Milan, Italy

**Introduction:** Positive bladder neck involvement at radical prostatectomy (RP) is considered as pT4 disease. However, no study tested the cancer specific survival (CSS) rates of patients with positive bladder margins compared to patients with truly pT4 disease (namely, invasion of adjacent structures other than seminal vesicle and bladder neck). We hypothesized that patients with isolated bladder neck invasion (+BN) do not have the same CSS outcome of patients with a truly pT4 prostate cancer.

**Material & Methods:** The study included 201 consecutive patients with pT4 prostate cancer treated with RP at a single institution between 1991 and 2006. Of these, 151 (75.1%) had isolated +BN, while the remaining 50 (34.9%) patients had truly pT4 disease (defined as tumour invasion of adjacent structures other than seminal vesicle and bladder neck). The Kaplan Meier method was used to graphically explore the CSS rates at 5, 8 and 10 years in each group. The log-rank test was used to compare the clinical outcome of patients between the two groups. Moreover, the CSS outcome of these patients was compared with the outcome of 635 consecutive patients with seminal vesicle invasion (SVI). Univariable and multivariable Cox-regression models tested the impact of pathological stage (BN + vs truly pT4 vs pT3b) on CSS after accounting for pathological Gleason sum, pre-operative PSA and lymph node status. All slides were reviewed by an expert uropathologist.

**Results:** Pathological Gleason sum was 6 in 31 (15.4%), 7 in 65 (32.3%) and 8-10 in 105 (52.2%) patients, respectively. Lymph node metastases were found in 121 patients (60.1%). Mean PSA was 50.5 ng/ml (median 22 ng/ml; range 1.5-678). Patients with isolated BN+ had significantly lower mean PSA ( $p = 0.02$ ), more favourable Gleason sum distribution (all  $p < 0.001$ ) and lower rate of lymph node metastases (57 vs 77%;  $p = 0.02$ ) compared to truly pT4 patients. Mean follow-up was 71.8 months (median: 74; range 18-181). Overall CSS rates at 5, 8 and 10 years were 80, 68 and 66%, respectively. Interestingly patients with isolated +BN had significantly higher CSS rate than patients with truly pT4 disease at 5, 8 10 years after surgery (84, 77 and 75%, vs 71,4 and 48% respectively;  $p < 0.001$ ). However, the CSS outcome was not different from the outcome of patients with SVI at 5, 8 and 10 years (88,85 and 82%, respectively;  $p = 0.28$ ). At multivariable Cox analyses patients with pT4 disease had a 2.2 fold higher risk of dying of prostate cancer compared

to patients with isolated +BN ( $p = 0.04$ ), after accounting for PSA, pathological Gleason sum and lymph node status.

**Conclusions:** Patients with isolated positive bladder neck should not be considered pT4 disease cases. Indeed, CSS of isolated +BN was significantly higher compared to patients with truly pT4 prostate cancer and comparable to patients with SVI. This data may warrant consideration in the next revision of the pathologic TNM classification.

Abstract n. 118 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

### ENUCLEORESEZIONE RENALE SENZA CLAMPAGGIO DEL PEDUNCOLO: NOSTRA ESPERIENZA

Dente D.<sup>1</sup>, Petrone D.<sup>1</sup>, Gaspari G.<sup>1</sup>, Tucci C.<sup>1</sup>, Rossetti R.<sup>1</sup>, Paniccia T.<sup>1</sup>, Cennamo L.<sup>2</sup>, Pompa P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Divisione di Urologia Osp. Clinicizzato Chieti; <sup>2</sup>Terza Divisione dipartimento di Urologia U. Bracci Policlinico Umberto I Roma - Sezione di Medicina Nucleare Osp. Clinicizzato Chieti

**Scopo del lavoro:** Riportare la nostra esperienza clinica e chirurgica nell'uso della tecnica di enucleoresezione renale senza clampaggio intraoperatorio del peduncolo vascolare.

**Materiali e Metodi:** Dal 2002 al 2008 56 pz, di età media di 59,7 anni ( $\pm 15$ ), sono stati sottoposti ad intervento di enucleoresezione renale senza clampaggio intraoperatorio del peduncolo vascolare. Le dimensioni medie dei tumori trattati sono state di 3,7 x 3 x 3,8 cm (min 1,8 x 1,3 x 0,9, max 7 x 6,5 x 6,3 cm) In 30 pz si è effettuato l'accesso laparotomico e in 26 quello lombotomico. Nel pre- e postoperatorio sono stati monitorati creatinina, emoglobina, ematocrito e piastrine. Il follow-up è stato a 1-3-6 mesi con il controllo degli stessi valori, in più a sei mesi è stata eseguita una scintigrafia renale statica con Tc99m/DMSA nelle proiezioni posteriore, anteriore, obliqua posteriore destra ed obliqua posteriore sinistra.

**Risultati:** Nel preoperatorio i valori medi degli esami ematochimici erano: creatinina 1,06 ng/ml ( $\pm 0,34$ ), emoglobina 13,55 gr/dl ( $\pm 2$ ), ematocrito 40,9% ( $\pm 4,3$ ), piastrine  $242 \times 10^3$  U/L ( $\pm 50 \times 10^3$ ). I tempi chirurgici ed anestesiológicos sono stati rispettivamente di 1h 51' (con un massimo di 2h 55' poiché nello stesso tempo operatorio è stata anche escissa anche una cisti renale controlaterale) e 2h 30'. Hanno avuto bisogno di trasfusione 2 pazienti. Nel postoperatorio i valori medi erano: creatinina 1,46 ng/ml ( $\pm 0,45$ ), emoglobina 11,25 g/dl ( $\pm 1,6$ ), ematocrito 36,4% ( $\pm 3$ ), piastrine:  $205 \times 10^3$  ( $\pm 45 \times 10^3$ ). Nel follow-up a 1-3-6 mesi la media dei valori era di: 1,16 ng/dl ( $\pm 0,66$ ), emoglobina 14,13 gr/dl ( $\pm 0,13$ ), ematocrito 42,43% ( $\pm 1,03$ ), piastrine  $204 \times 10^3$  U/L ( $\pm 1,66 \times 10^3$ ). A sei mesi la funzionalità renale, monitorata con scintigrafia renale di controllo ha dimostrato una omogenea distribuzione intraparenchimale del farmaco in tutti i pazienti con un differenza percentuale di uptake relativo del rene operato rispetto al controlaterale del 7%.

**Conclusioni:** L'enucleoresezione renale senza clampaggio del peduncolo, secondo la nostra esperienza, può essere considerata il gold standard per la chirurgia del tumore del rene per masse anche fino a 7cm di grandezza. I risultati infatti dimostrano che sia nel post operatorio che nel follow-up i valori ematochimici hanno mantenuto valori ottimali e la scintigrafia renale di controllo ha dimostrato una buona funzionalità del rene operato.

Abstract n. 120 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Pene e testicolo - ore 08.00 Sala Visconti)

### IMPATTO SESSUOLOGICO DELLA CHIRURGIA ORGAN-POTENCY-SPARING IN PAZIENTI CON CARCINOMA DEL PENE

Gulino G., Sasso F., D'Onofrio A., Sacco E., Bassi P.F.  
Clinica Urologia, Università Cattolica S. Cuore, Roma

**Introduzione e Obiettivi:** La chirurgia demolitiva (amputazione, penectomia) è ancora considerata il "gold standard" per il trattamento del carcinoma penieno invasivo T2-T3. Tuttavia, nonostante il buon controllo locale di malattia, sono stati riportati insufficienti risultati anatomici, estetici, funzionali ed esiti psicologici negativi quali ansietà cronica, depressione anche grave e scarsa accettazione della disabilità sessuale (1).

Scopo del presente studio è di valutare l'impatto sessuologico della chirurgia organ-potency sparing in Pazienti con carcinoma del pene localmente confinato.

**Metodi:** Abbiamo valutato retrospettivamente 42 Pazienti (età media 56 anni) affetti da carcinoma del pene clinicamente confinato (Ta, T1, T2), trattati con diatermocoagulazione o N-liquido in 6 casi con lesioni superficiali, glandulectomia e glanduloplastica con mucosa uretrale e risparmio degli apici cavernosi in 25 casi, glandulectomia e resezione apicale limitata (fino ad 1 cm) in 11 casi di stadio T2. I margini di sezione sono stati sistematicamente valutati intraoperatoriamente, tranne che nei Ta. In tutti i casi T2 o G3 è stata eseguita linfadenectomia inguinale modificata sec. Catalona. Le funzioni sessuali quali erezione, eiaculazione e libido sono state valutate con questionario IIEF-15 riferito al periodo precedente la macroscopica evidenza della neoplasia ed a 6 mesi dopo il trattamento chirurgico. La qualità della vita è stata valutata con questionario di Bigelow-Young (2), con quesiti riferiti alle sensazioni spiacevoli, alle relazioni familiari e sociali, alla qualità del lavoro. Abbiamo comparato i punteggi relativi al periodo di macroscopica evidenza della neoplasia con quelli ottenuti 6 mesi dopo l'intervento. L'analisi statistica è stata condotta mediante T-di Student per misure ripetute ed analisi della varianza.

**Risultati:** A sei mesi dal trattamento chirurgico 31/42 Pazienti (73%) riferivano erezioni rigide spontanee, 25/42 (60%) attività coitale mentre 19/25 (76%) del gruppo trattato con glanduloplastica con mucosa uretrale riferiva normali eiaculazioni ed orgasmo, in media riottenuti 35 giorni dopo l'intervento.

I punteggi medi IIEF-15 riferiti all'intera casistica nei domini dell'erezione, attività coitale e libido del periodo pre-neoplasia erano rispettivamente 22, 8 e 9, non statisticamente differenti ( $p > 0.05$ ) da quelli (20, 7 e 8) registrati 6 mesi dopo il trattamento chirurgico. Nel gruppo trattato con ricostruzione glandulare (25 Pazienti), i punteggi medi IIEF 15 pre-neoplasia e post-operatori riferiti ai domini dell'eiaculazione e dell'orgasmo erano non significativamente differenti, essendo rispettivamente 8,9 e 6,7. I punteggi medi del questionario di Bigelow and Young relative all'intera casistica (confronto periodo patologia/post-operatorio) erano 31/16 per le sensazioni spiacevoli (score range 12-36), 6/16 per le relazioni con la partner e la famiglia (score range 4-18), 14/22 per le relazioni sociali (score range 6-26), 15/21 per le relazioni lavorative (score range 8-32). In tutti i Pazienti valutati i valori dei punteggi erano significativamente differenti tra i due periodi ( $p < 0.01$ ).

**Conclusioni:** I trattamenti chirurgici sexual-sparing producono un impatto positivo non solo sulle funzioni sessuali, ma su uno spettro più ampio della vita del Paziente che include le relazioni familiari, sociali e lavorative.

Tali trattamenti permettono di ottenere ad un tempo radicalità oncologica ed integrità anatomica e psicologica, di preservare l'immagine corporea perduta e di ripristinare alcune funzioni sessuali complesse quali erezione ed eiaculazione.

#### Bibliografia

- Opjordsmoen S, Waehre H, Aass N and Fossa SD: Sexuality in patients treated for penile cancer: patients' experience and doctors' judgement. *Br J Urol* 1994; 73: 554 -63.
- Bigelow DA and Young DJ: Effectiveness of a case management program. Validation and application of the quality of life questionnaire. Respondent self-report version. *Comm Mental Health J* 1991; 27:115.

Abstract n. 121 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**TURV RADICALE COME MONOTERAPIA IN CASI SELEZIONATI DI TUMORI VESCICALI INFILTRANTI**

Larcher P., Franch P., Catania G., Grisotto M., Larcher A. CdC IGEA

**Introduzione:** Le linee guida EAU 2008 affermano che solo una piccola quota di tumori vescicali infiltranti può essere guarita dalla resezione endoscopica radicale (TURVR) come monoterapia. Obiettivi: L'obbiettivo di questo studio retrospettivo è quello di individuare quale è la sottopopolazione di pazienti (pz) affetti da urotelioma infiltrante che può giovare di una terapia endoscopica radicale efficace e quindi può conservare la vescica.

**Metodi:**

60 pz (42 M 18 F)

Età: 60-82 aa

Periodo: 1997-2006

Neoplasie trattate: alto grado (G3), pT2

Esecuzione di TURV radicale con l'utilizzo di resettore 26 ch monopolare.

Apparecchio di perfusione endovesicale ENDO MS®

Presa profonda separata

Mappatura vescicole

80% dei casi Double-J a protezione della papilla

90% dei casi instillazione precoce di epirubicina

100% dei casi TC addomino-pelvica negativa per N e M

Procedura chirurgica.

Prima TURVR con asportazione radicale del tumore (G3, pT2) ma con presa profonda e mappatura negative.

Seconda TURV e mappatura dopo 30 gg con esame istologico negativo (condizione tassativa per procedere).

Terza TURV di riconferma dopo 60 gg con esame istologico negativo.

Poi follow up ambulatoriale ogni 3-6 mesi con CTM e cistoscopia.

**Risultati:**

60 pz selezionati in 10 aa

4 pz: recidiva precoce (entro 30-60 gg) di neoplasia G3 + cistectomia radicale

6 pz: deceduti durante il follow up per cause non urologiche

50 pz: vivi NED con vescica, di questi 12 su 50 pz hanno presentato recidive tumorali di basso grado insorte dopo più di un anno dalla TURVR e tutte le recidive sono state risolte endoscopicamente

Nessun decesso per neoplasia vescicale metastatica

**Conclusioni:** I 50 pz sopravvissuti ad un tumore G3 infiltrante conservando la vescica rispondono tutti tassativamente ai seguenti criteri di selezione:

- 1) malattia monocentrica
- 2) diametro inferiore a 3 cm
- 3) presa profonda dopo TURVR negativa
- 4) non coinvolgimento alte vie
- 5) localizzazione favorevole alla resezione
- 6) consenso informato

Nel contenitore chiamato "tumori di alto grado" finiscono anche neoplasie ad alta malignità

locale e basso tasso di recidivanza. Misconoscere questo fatto può portare ad un

"overtreatment" (cistectomia) in pazienti che potrebbero essere guariti da una TURV

radicale. In caso di progressione di malattia o recidiva il ritardo terapeutico è di soli 30-90 giorni.

In casi selezionati di neoplasie G3 pT2 il pz guarisce stabilmente grazie ad una TURV radicale quindi la cistectomia risulta essere un trattamento troppo aggressivo e mutilante.

**Bibliografia**

1. EAU guidelines 2008 pagine 39-42.

2. Solsona E. et al. Bladder Preservations in Selected Patients with Muscle-Invasive Bladder Cancer by Complete Transurethral Resection of the Bladder Plus Systemic Chemotherapy; Eur Urol 2009; 55: 911-921.

Abstract n. 122 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.00 Sala Borromeo)

**CAMPAGNA DI SENSIBILIZZAZIONE PER IL CARCINOMA PROSTATICO: COSA ABBIAMO IMPARATO**

Matei D.V.<sup>1</sup>, Nordio A.<sup>1</sup>, Brescia A.<sup>1</sup>, Delbue S.<sup>2</sup>, Salomoni G.<sup>3</sup>, Bregni M.<sup>4</sup>, De Cobelli O.<sup>5</sup>, Ferrante P.<sup>2,3</sup>

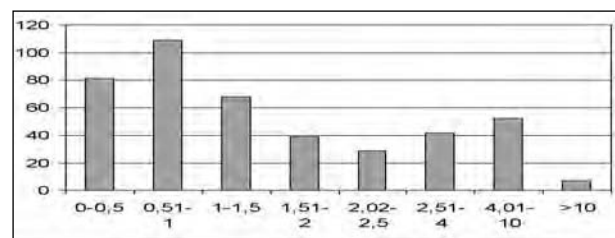
<sup>1</sup>Divisione di Urologia Oncologica Robotica, Ospedale San Giuseppe, Milano; <sup>2</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica-Microbiologia-Virologia, Università degli Studi di Milano; <sup>3</sup>Centro di Ricerca Traslazionale e Laboratorio di Patologia, Ospedale San Giuseppe; <sup>4</sup>Divisione di Oncologia Medica, Ospedale San Giuseppe, Milano; <sup>5</sup>Divisione di Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano

**Introduzione:** Il recente lavoro pubblicato su NEJM (1) sugli effetti dello screening del carcinoma prostatico (CaP) sulla mortalità da CaP ha evidenziato la grande discrepanza tra il numero di pazienti da screenare e da trattare per evitare un decesso per CaP. Anche altre informazioni interessanti si evincono da questo lavoro come per esempio il tasso di adesione alla proposta di biopsia, il tasso di biopsie positive, etc.

Obiettivo dello studio è stato la rilettura dei dati della Campania di sensibilizzazione al carcinoma prostatico eseguita dall'Ospedale San Giuseppe di Milano dal 01 al 14 di dicembre 2009.

**Materiali e Metodi:** 427 pazienti si sono presentati spontaneamente dal 01 al 14 dicembre 2009 in seguito ad una campagna di sensibilizzazione contro il CaP eseguita per mezzo della televisione (TG Regionale), radio (GR Regionale), carta stampata (giornali a grande tiratura), volantaggio nei mezzi pubblici (ATM) e nelle farmacie limitrofe o altri. I pazienti eseguivano un prelievo ematico per dosaggio del PSA totale e successivamente una visita urologica (anamnesi ed esame obiettivo compreso di esplorazione rettale[ER]). In caso di valori del PSA > 4 o ER alterata, veniva proposta la biopsia prostatica transperineale (BxP).

**Risultati:** La coorte osservata aveva un'età media di 64 anni (Range: 38-98). 129 (30,2 %) erano alla prima visita urologica. Il contributo dei mezzi della Campagna è stato così suddiviso: TGR 57,4%, GRR 17,8%, giornali 7,8%, volantaggio nei mezzi pubblici 5,9%, in farmacia 1,6%, altri: 9,5%  
In PSA medio è stato 2,04 ng/ml (Range 0,01-30), con la seguente distribuzione:



Nei 416 pazienti con ER negativa il PSA medio è stato 1,84ng/ml (0,01-18,4ng/ml). Di questi 21 (5,04%) con PSA > 4ng/ml (medio 6,5, range 3,2-18,4) sono stati indirizzati a BxP.

L'ER si è rivelata dubbia/positiva in soli 11 pazienti (2,57 %) con età media 65,4aa (55-98); in questi pazienti il PSA medio era 7,7ng/ml (range 3,1-30) (testT p = 0,02 vs pazienti con ER normale); in 91% (10/11) è stata prescritta BxP.

Complessivamente sono state prescritte 31 BxP (7,2%). Le BxP eseguite sono state 20 (tasso di adesione 64,5%) e sono risultate positive 5 (tasso di positività 25%).

Discussione e *Conclusioni*: 1) Il mezzo televisivo e la radio sono risultati i più efficaci nella campagna di sensibilizzazione

2) In tasso di sensibilizzazione della popolazione a Milano è piuttosto alta (69,8% avevano già eseguito una visita urologica in precedenza)

3) I valori del PSA della popolazione screenata (non selezionata) sono fondamentalmente bassi: 44,5% dei pazienti hanno dimostrato un PSA <1ng/ml, 31,85% tra 1,01 e 2,5 e soltanto 23,65% >2,5ng/ml.

4) Una minima parte (2,57%) ha avuto un'ER dubbia o positiva; di questi tutti avevano riferito una precedente visita urologica.

5) È stata riscontrata una differenza statisticamente significativa del PSA in base al dato dell'ER.

6) Sono stati confermati i dati ottenuti nel gruppo di screening per l'Italia:

	Nr pz.	Pos. PSA test (> 4ng/ml)	Biopsie positive	Biopsie positive	Pos. Prelect. val.
NEJM Italia	14.517	11,377%	65,4%	3,9%	21,7%
Nostra casistica	427	13,81%	64,5%	1,17%	25%

7) lo sforzo economico dello screening appare sproporzionato se correlato con il tasso di identificazione di CaP (1,17%)

#### Bibliografia

1. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized european study, Schroeder FH et al, NEMJ 2009; 360:1320-8.

Abstract n. 123 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### PAZIENTE ANZIANO CON GRAVE DEFICIT COGNITIVO E CISTECTOMIA DI SALVATAGGIO: QUESTIONARIO PER UNA MIGLIORE GESTIONE

Saccomanni M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>U.O. di Urologia Ospedale G.B. Morgagni-L. Pierantoni, Forlì

Introduzione e Obiettivi: Dall'analisi degli studi effettuati, emerge in modo prevalente il "carattere familiare" del morbo di Alzheimer e della demenza senile, sia in relazione all'enorme risorsa sociale fornita dalla famiglia nell'assistenza, sia risultando totale il coinvolgimento del caregiver nell'accudimento, nel sostegno psicologico e nella tutela del malato. La valutazione della gravità dei sintomi di neoplasia vescicale infiltrante, in questi malati, è particolarmente problematica e valutabile solo indirettamente: numero dei ricoveri per ematuria macroscopica, quantità di manovre mediche (cateterismi o lavaggi vescicali, etc), intensità e frequenza degli accessi di agitazione psico motoria, anche con aggressività. Abbiamo quindi tentato di inquadrare la situazione psico fisica e la qualità di vita dei pazienti affetti da deficit cognitivo, somministrando un semplice questionario ai caregiver, siano essi familiari o badanti, al momento del ricovero e successivamente ad un mese dall'intervento. Predire il decorso della patologia, può evitare un maggior ricorso all'ospedalizzazione del malato e, di conseguenza, un incremento dei costi sanitari ed assistenziali e permette di pianificare un più efficace supporto al malato.

Metodi: Presso il nostro reparto sono state effettuate, dal 2001 al 2009, 232 cistectomie radicali, delle quali 32 (13,79%) in pazienti di età maggiore ai 75 anni (range 75-87, media 79), di cui 24 (10,3%) erano affetti da demenza senile o da morbo di Alzheimer. Tali pazienti affetti da deficit cognitivi sono stati sottoposti a cistectomia radicale, senza linfadenectomia e con ureterocutaneostomia in 19/24 (79,1%) o confezionamento di Bricker in 5/24 (20,3%).

Risultati: La degenza media è stata di 11 giorni (range 8-21). Tutti erano portatori di catetere vescicale. 5 (20,8%) hanno ne-

cessitato di emotrasfusione eterologa. Tutti sono stati nutriti per via parenterale. 1 caso (4,1%) di occlusione intestinale da aderenza, ha necessitato di resezione ileale e demolizione della Bricker. 4 episodi (16,6%) di ileo dinamico persistente. 2 casi (8,3%) di polmonite post intervento. 3 pazienti (12,5%) affetti da piaghe da decubito. 1 episodio (4,1%) di scompenso cardiaco. 2 casi (8,3%) di trombosi venosa profonda. Tutti i caregiver hanno compilato il questionario in modo corretto: score medio pre intervento chirurgico 13 (range 8-15), post 8 (2-13).

Conclusione: Con il nostro lavoro abbiamo tentato di dimostrare come un semplice questionario, somministrato ai caregiver, sia in grado di fornire conoscenze utili sulla qualità di vita dei pazienti e che questa, nei soggetti affetti da deficit cognitivo, migliori notevolmente dopo cistectomia, per la scomparsa della sintomatologia conseguente alla presenza di una neoplasia infiltrante nel piccolo bacino e per la riduzione delle manovre mediche che questa condizione costantemente comporta. L'utilizzo di un semplice questionario ci permette di gestire al meglio un paziente difficile come quello affetto da demenza e neoplasia vescicale infiltrante.

#### Bibliografia

1. For terminal cancer patient inserted with four tubes to live at home—from discussion with family Inoue Y, Tatewaki M, Mori S, Takahashi M. Gan To Kagaku Ryoho. 1997; 24 Suppl 4:517-21. Japanese.

2. Radical cystectomy and urinary diversion: assistance to patient choice Schwartz J, Schneider F, Lataillade L, Beyeler S, Mayer F, Iselin C. Rev Med Suisse. 2008; 4(182):2614-7. French.

Abstract n. 125 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

#### UTILITÀ DELLA PET NELLA INDIVIDUAZIONE DI LOCALIZZAZIONI SECONDARIE DI PAZIENTI AFFETTI DA CARCINOMA PROSTATICO CON RIPRESA BIOCHIMICA DI MALATTIA

Portoghesi F.<sup>1</sup>, Romano M.<sup>1</sup>, Rizzo P.<sup>1</sup>, Petrucci M.<sup>1</sup>, Susca C.<sup>1</sup>, Altieri M.L.<sup>2</sup>, Notaristefano A.<sup>2</sup>, Rubini D.<sup>2</sup>, Rubini G.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale F.Miulli;

<sup>2</sup>Medicina Nucleare Diagnostica per Immagini Di.M.I.M.P., Policlinico Università degli Studi di Bari

Scopo del lavoro: valutare il contributo diagnostico della 18F FDG PET/TC in pazienti (pz) con cr prostatico già sottoposti a trattamento e con ripresa biochimica di malattia, mediante confronto con procedure di imaging usualmente utilizzate nella stadiazione di tale neoplasia (TC con mdc, RMN, scintigrafia ossea) eseguite in un range di 10 settimane.

La 18F FDG PET/TC permette di riconoscere sedi ad elevato metabolismo glucidico tipico delle neoplasie (imaging PET) e di definirne la localizzazione anatomica (imaging TC).

Materiali e Metodi: sono stati arruolati 30 pz, range età 59-83 anni, già trattati con:

- 10 prostatectomia (P)
- 10 P+terapia ormonale (TO)
- 2 P+radioterapia (RT)+TO
- 3 RT+TO
- 4 TO
- 1 chemioterapia (CHT)+TO

Parametri PET/TC:

- digiuno da 6 ore
- somministrazione ev di 3.2-4.0 MBq/Kg di 18F FDG
- acquisizione di immagini total body dopo 60 minuti
- apparecchio Discovery ST PET/TC (GE Healthcare, Milwaukee, WI)

workstation di analisi Advantage AW Volume Share e Xeleris. L'analisi è stata effettuata sia per pz, suddivisi in 4 gruppi in base al confronto dei risultati della PET/TC con quelli delle altre metodiche, sia per numero e sede delle lesioni rilevate, distinte

in addomino pelviche ed extra addominali.

La concordanza è stata valutata tra i risultati per pazienti mediante k di Cohen.

**Risultati:**

PAZIENTI:

o gruppo A: 8/30 (27%) PET/TC altre metodiche d'imaging (AI) positive

o gruppo B: 9/30 (30%) PET/TC e AI negative

o gruppo C: 4/30 (13%) PET/TC positiva e AI negative

o gruppo D: 9/30 (30%) PET/TC negativa e AI positive

LESIONI: la PET/TC ha rilevato 32 lesioni (24 addomino pelviche e 8 extraddominali) e le AI hanno rilevato 32 lesioni (20 addomino pelviche e 12 extraddominali).

Le lesioni addomino pelviche sono:

2 recidive locali riscontrate sia con la PET/TC che con AI

12 ossee rilevate con PET/TC e 11 con AI

8 linfonodali viste con PET/TC e 7 con AI

2 parenchimali riscontrate solo con PET/TC (fegato, intestino)

Le lesioni extraddominali sono:

5 ossee positive alla PET/TC e 9 ad AI

2 linfonodali positive alla PET/TC e 1 ad AI

1 parenchimale positiva a PET/TC (cerebellare sx) e 2 ad AI (polmonari).

La concordanza tra la 18F FDG PET/TC e le AI è risultata bassa (K di Choen = 0.15).

Discussione: dall'analisi della nostra popolazione si evince che solo per 17 pz (56.66%) c'è concordanza tra PET/TC e le AI con un indice di concordanza basso pari a  $k=0.15$ , pertanto le tecniche non possono essere sostitutive l'una dell'altra, ma vanno integrate. La PET/TC risulta valida soprattutto nel rilevare metastasi linfonodali e parenchimali. Mentre le altre metodiche sembrano più utili nel riconoscimento di lesioni scheletriche (in particolare la scintigrafia ossea).

Messaggio conclusivo: la 18F FDG PET/TC è una tecnica che da sola esplora tutto il corpo, non invasiva facile e ben accettata dal pz, che va utilizzata nella stadiazione e follow up nel cr della prostata specie per forme con elevato Gleason score ed elevato PSA.

Abstract n. 126 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**PRESENTAZIONE DEL PROGETTO MIRATO: EPIDEMIOLOGIA, DIAGNOSI E CURA DEL CARCINOMA DELLA PROSTATA NELLA REGIONE PUGLIA**

Portoghese F.<sup>1</sup>, Calbi R.<sup>1</sup>, Martinelli G.<sup>1</sup>, Notaristefano A.<sup>2</sup>, Petrucci M.<sup>1</sup>, Rizzo P.<sup>1</sup>, Savino D.V.<sup>3</sup>, Susca C.<sup>1</sup>, Romano M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale F. Miulli;

<sup>2</sup>Università degli Studi di Bari; <sup>3</sup>Medicina Nucleare – Diagnostica per Immagini – Policlinico – Università degli Studi di Bari

**Scopo del lavoro:** Dimostrare la possibilità di effettuare programmi di ricerca scientifica per Enti Ospedalieri grazie al contributo di Istituzioni ed Enti privati al fine di valorizzare il lavoro di assistenza e cura verso i pazienti. Viene presentato un Progetto di ricerca denominato "Prevenzione, diagnosi e cura del carcinoma prostatico nella regione Puglia" grazie alla Fondazione Bancaria Cassa di Risparmio di Puglia in collaborazione con l'Ospedale Miulli.

**Materiali e Metodi:** Sono state impiegati un medico e due unità lavorative non mediche per il follow up e la creazione dei seguenti bracci di ricerca:

attuazione di un preciso follow up sui pazienti operati di prostatectomia radicale robotica.

Braccio di controllo verso la chirurgia open dello stesso tipo.

Studio ingegneristico mirato a migliorare l'apparecchiatura robotica.

Screening di massa su un campione limitato per arrivare a diagnosi precoci in tema di carcinoma prostatico.

Studio sull'imaging prostatico effettuato con risonanza magnetica nucleare.

Studio dell'utilizzo della PET nel carcinoma prostatico in progressione.

creazione di un registro epidemiologico della patologia prostatica in Puglia.

**Risultati:** Grazie alla creazione del sito internet [www.progetto-prostatamiulli.it](http://www.progetto-prostatamiulli.it) con una parte informativa e vari link per l'utenza si è data la possibilità di ottenere risposte su segnali di insorgenza della malattia o cure post operatorie e di prenotare visite di controllo immediate. È stato realizzato un Evento Scientifico accreditato: "Il Carcinoma della Prostata nel nostro Territorio", che ha trattato ogni aspetto della patologia tumorale prostatica. Discussione: Il primo livello della ricerca è quello di base, finanziata in Italia per il 51.3% dallo Stato o da Istituzioni pubbliche; il 48.7% viene coperto da Enti privati. L'apporto del privato è determinante per la ricerca applicata, ovvero la possibilità di sfruttare una ricerca per usi sociali e commerciali.

È opinione comune a molti medici che sia impossibile effettuare ricerca senza denaro pubblico ma il sistema dimostra che solo il reperimento di fondi privati, gestibili più rapidamente, permette di effettuare un lavoro di speculazione scientifica.

Altra comune credenza è che solo Istituzioni Universitarie possano effettuare ricerca, mentre i Centri Ospedalieri debbano occuparsi in maniera acritica dei loro pazienti assicurando loro solo diagnosi e terapie correnti; il valore del follow up è al contrario l'unico parametro clinico che dia credibilità ad un Centro.

Si è pensato pertanto di affidarsi ad un Ente Privato per ottenere un finanziamento che permettesse iniziative di carattere speculativo; è stato presentato il progetto ad un Ente Bancario e si è ottenuta una quota capitale capace di far avviare in progetto scientifico nell'ambito del Carcinoma prostatico.

La ricerca di fondi nel settore privato è da perseguire con intraprendenza e lungimiranza per realizzare un progetto teso a migliorare la qualità di assistenza dei pz

Abstract n. 127 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostata 3 - ore 08.00 Sala Visconti)

**L'ESTRADIOL INFLUENZA L'ESPRESSIONE DEI RECETTORI DELLA SOMATOSTATINA E POTENZIA GLI EFFETTI DEL SOM230 SULLE CELLULE PROSTATICHE**

Prezioso D.<sup>1</sup>, Iapicca G.<sup>1</sup>, Galasso R.<sup>1</sup>, Annunziata E.<sup>1</sup>, Iacono F.<sup>1</sup>, Rossi V.<sup>2</sup>, Visconti D.<sup>2</sup>, Sinisi A.A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica, Università "Federico II" Napoli; <sup>2</sup>Cattedra di Endocrinologia, Seconda Università di Napoli (SUN)

**Introduzione e Obiettivi:** Gli estrogeni possono aumentare l'espressione dei recettori (SSR) della somatostatina (SS) in alcuni tessuti (mammella, ipofisi), modificando la sensibilità agli analoghi della SS. Scopo di questo studio è stato valutare gli effetti dell'estradiolo (E2) sui livelli di SSR nelle cellule prostatiche (PEC) in vitro.

**Metodi:** abbiamo valutato gli effetti del trattamento combinato con E2 e con l'SS-analogo SOM230 su due linee cellulari di prostata, una (EPN) esprimente entrambi i recettori degli estrogeni (ERalfa, ERbeta), l'altra (CPEC), priva di ERalfa e con bassi livelli di ERbeta. Le cellule starvate per 5 gg, furono trattate con 20mM di E2 o con 10-6 o 10-8 SOM230 o con 20mM E2+SOM230 (10-8 o 10-6) per 48h. Campioni differenti di cellule furono raccolti per le analisi RT-PCR, Western blot o FACS.

**Risultati:** nelle EPN l'E2 o il SOM230 (10-6) da soli inducevano apoptosi o lieve riduzione della proliferazione; mentre il trattamento combinato con E2 + SOM230 (10-8 or 10-6) risultava in un più intensa percentuale di apoptosi ed una netta riduzione della proliferazione, con riduzione della fase S, arresto in G0/G1, aumento dell'apoptosi caspasi-dipendente, riduzione dei livelli di

bcl2. L'aggiunta di E2 determinava un' up-regolazione di SSR 1, 2 e 5 sia a livello di mRNA che di proteine, e si associava ad un'amplificazione degli effetti del SOM230 a dosi più basse. Nelle CPEC, esprimevano SSR3, 5 e bassi livelli di SSTR1 e 2, il SOM230 induceva un modesto effetto apoptotico, la somministrazione di E2 non induceva un aumento degli effetti sulla proliferazione del SOM230 o dell'espressione dei SSR.

**Conclusioni:** l'E2 potenzia gli effetti inibitori del SOM230 nelle cellule prostatiche che esprimono ERalfa e beta, agendo direttamente sulla regolazione della crescita e della morte cellulare e influenzando l'espressione dei SSR. La valutazione della presenza dei recettori ER e SSR nel tessuto tumorale potrebbe rappresentare un mezzo per prevedere l'efficacia del trattamento combinato con estrogeni ed analoghi della SS nel cancro della prostata.

Abstract n. 128 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escretrice - ore 14.00 Sala Sforza)

**PROFILASSI CON SOLIFENACINA DURANTE LA SOMMINISTRAZIONE DELLA CHEMIOTERAPIA INTRA VESCICALE: STUDIO PROSPETTICO RANDOMIZZATO**

Parziani S.

U.O. di Urologia Ospedale S.G. Battista, Foligno

**Introduzione e Obiettivi:** Nel nostro studio, prospettico, randomizzato, condotto dal 2007 al 2009, sono stati valutati due gruppi di pazienti con lesioni uroteliali sottoposti ad intervento di TUR vescicale e successiva chemioterapia locale. Un gruppo ha assunto 1 compressa di Solifenacina 5 mg la mattina prima e la mattina della somministrazione intravescicale del chemioterapico, mentre l'altro gruppo nessun farmaco. Scopo dello studio è stato valutare la maggiore tollerabilità secondo i seguenti parametri: riduzione del drop out, raggiungimento dell'adeguato tempo di ritenzione del farmaco, osservazione del calendario previsto.

**Metodi:** Dall'aprile 2007 a febbraio 2009 sono stati randomizzati 60 pz consecutivi (età media 70.21), 39 uomini (età media 69.64) e 21 donne (età media 71.75), con anamnesi negativa per sintomatologia ostruttiva, con carcinomi superficiali a c. transizionali della vescica sottoposti a tur di vescica e successivamente ad otto somministrazioni intravescicali di eprubicina con cadenza settimanale, quindi mensilmente. 30 (gruppo A Gr.A) hanno assunto Solifenacina 5mg la mattina prima e la mattina della somministrazione, l'altro gruppo (gruppo B Gr.B) nessun farmaco. Non si avevano differenze statisticamente significative nei dati clinici e demografici dei pazienti (12 donne nel Gr.A vs 9 del B), né come stadiazione della malattia. Nel Gr.A 13 hanno effettuato esame urodinamico vs i 10 del Gr.B.

**Risultati:** 8 pz del Gr.A e 9 del B erano affetti da iperattività detrusoriale. Il tempo di ritenzione del farmaco nel Gr.A ha raggiunto i 60' in 29 pz (96%) (range 45-60) vs i 20 pz (66%) (range 15-46) del B ( $p < 0.01$ ). La percentuale di Drop Out è risultata minore nel Gr.A con 2 casi (5%) vs i 9 del Gr.B (30%) ( $p < 0.01$ ). La differenza nell'indice di gradimento della manovra valutato con Visual Analog Scale è risultata statisticamente significativa ( $p < 0.01$ ) con uno score medio di 8 nel Gr.A vs 4 del B. Non si sono evidenziate dilazioni temporali nel calendario delle somministrazioni nel Gr.A, mentre ciò si è verificato in 6 casi nel gruppo B ( $p < 0.01$ ). Le complicanze sono state 2 ritenzioni urinarie nel Gr.A vs 1 caso del Gr.B ( $p > 0.05$ ). Macroematuria in 4 casi in entrambi i gruppi. 4 episodi di cistite clinicamente evidente nel Gr.A vs 3 del B ( $p > 0.05$ ).

**Conclusioni:** È risultato che i pazienti che assumono Solifenacina tollerano meglio la manovra, quindi non sospendono le somministrazioni, rispettano la tempistica del ciclo, ma soprattutto sono in grado di sopportare un adeguato tempo di ritenzione del farmaco e ciò ha sicuramente un significato onco-

logico, ancora da valutare per l'esiguo numero di pazienti in questo studio. Si è evidenziato un lieve incremento degli effetti collaterali nel gruppo A, comunque non statisticamente significativo e facilmente gestibile; in compenso, tali pazienti, oltre che a sottoporsi correttamente e puntualmente al ciclo di chemioterapia, hanno manifestato un maggiore indice di gradimento della manovra.

**Bibliografia:**

1. *Solifenacin succinate for the treatment of overactive bladder.* Hoffstetter S, Leong FC. *Expert Opin Drug Metab Toxicol.* 2009 Mar; 5 (3):345-50.

2. *Solifenacin at 3 years: a review of efficacy and safety.* Pelman RS, Capo JP Jr, Forero-Schwanhaeuser S. *Postgrad Med.* 2008 Jul; 120 (2):85-91. Review.

Abstract n. 129 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**LA CONTESTUALE RESEZIONE PROSTATICA IN CORSO DI RESEZIONE VESCICALE PER TCC SOTTOPONE IL PAZIENTE AD UN PIÙ ELEVATO RISCHIO DI RECIDIVA?**

Seveso M., Taverna G., Giusti G., Benetti A., Corinti M., Piccinelli A., Graziotti P.

Unità Operativa di Urologia, Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (Milano)

**Introduzione:** l'esecuzione di un intervento disostruttivo prostatico contestualmente ad una resezione endoscopica vescicale per tumore transizionale rimane ad oggi oggetto di controversie, con dati in letteratura ancora non dirimenti per quanto riguarda la sicurezza oncologica della procedura. Abbiamo analizzato i risultati di un nostro campione di pazienti sottoposti a TURBT con contemporanea TURP confrontandoli con un gruppo omogeneo di pazienti sottoposti a sola TURBT.

**Materiali e Metodi:** abbiamo valutato 44 pazienti (gruppo 1) sottoposti tra il gennaio 2002 ed il dicembre 2005 a TURBT con concomitante TURP di cui era disponibile un follow up di 3 anni, confrontandoli con 44 pazienti con caratteristiche patologiche omogenee sottoposti a sola TURBT (gruppo 2). I pazienti in cui è stato eseguito l'intervento di TURP presentavano in 39 casi una neoplasia vescicale associata a disturbi minzionali ostruttivi severi (IPPS > 20) con Q max < 12 ml/sec e non rispondenti a trattamento alfa-litico; in 7 casi la resezione prostatica si era resa necessaria per difficoltà tecniche all'accesso endoscopico al tumore. Al termine del follow programmato abbiamo considerato percentuali di recidive, progressione, tempi di comparsa e sede delle recidive in relazione alla tipologia di trattamento, considerando inoltre i dati patologici iniziali in termine di numero di lesioni asportate, sede, dimensioni, stadio e grado.

**Risultati:** durante il follow up tutti i pazienti hanno eseguito un controllo cistoscopico previa ricerca CTM urine ogni 3 mesi nel primo anno e successivamente con cadenza semestrale. Nel gruppo 1 abbiamo registrato 18 casi di recidive (41%) con tempi di comparsa medi di 18 mesi. 4 pazienti (9%) hanno manifestato una progressione dopo una media di 22 mesi. Nel gruppo 2, 21 pazienti (47%) hanno avuto una recidiva in media dopo 14 mesi mentre 5 pazienti (11%) hanno registrato una progressione di malattia dopo una media di 14 mesi.

La presenza di tumore vescicale di dimensioni superiori ai 3 cm ha determinato una maggiore incidenza di recidive (54% vs 36%). L'interessamento dell'uretra prostatica è stata evidenziata solo in 3 casi che presentavano un iniziale quadro di tumore vescicale multicentrico e sottoposti a trattamento completo TURBT+TURP. Non abbiamo registrato alcun interessamento dell'uretra prostatica al follow up a 3 anni nei pazienti del gruppo 2.

**Conclusioni:** i risultati della nostra casistica confermano la sicu-

rezza della esecuzione contestuale di TURBT e TURP. Non abbiamo registrato differenze significative in termini di risultati oncologici nei 2 gruppi confrontati anche se abbiamo osservato un leggero trend di maggior frequenza di recidive globali nel gruppo sottoposto a solo TURBT. Il trattamento simultaneo dovrebbe comunque a nostro parere essere considerato con particolare prudenza nei casi di multicentricità della malattia vescicale.

Abstract n. 130 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.00 Sala Borromeo)

**SOPRAVVIVENZA CANCRO-SPECIFICA IN 108 PAZIENTI CONSECUTIVI SOTTOPOSTI A NEFROURETERECTOMIA**  
**Siracusano S.<sup>1</sup>, Giberti C.<sup>2</sup>, Ciciliato S.<sup>1</sup>, Gallo F.<sup>2</sup>, Visalli F.<sup>2</sup>, Lampropoulou N.<sup>1</sup>, Belgrano E.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Clinica Urologica, Università degli Studi di Trieste – Trieste;  
<sup>2</sup>UCO di Urologia, Ospedale S. Paolo – Savona

**Introduzione e Obiettivi:** Il trattamento chirurgico dei tumori dell'alta via escretrice prevede, in relazione alla loro ubicazione, l'effettuazione della nefroureterectomia o dell'ureterectomia distale con successivo reimpianto vescicale.

Lo stadio, il grado della neoplasia e l'invasione linfonodale rappresentano i parametri prognostici utilizzati per la valutazione della sopravvivenza. A tutt'oggi il ruolo della linfadenectomia appare controverso sebbene i linfonodi costituiscono la sede più frequente di metastatizzazione.

Scopo del presente studio è stato quello di valutare retrospettivamente la sopravvivenza cancro-specifica con particolare riferimento al ruolo della linfadenectomia nei pazienti sottoposti a questo tipo di trattamento.

**Metodi:** Dal 1996 al 2006 sono state eseguite n° 80 nefroureterectomie e n° 28 ureterectomie distali in pazienti con diagnosi di neoplasia a cellule transizionali dell'alta via escretrice.

I pazienti avevano un'età media di 70.4 anni. 71 (65.7%) erano di sesso maschile e 37 (34.3%) di sesso femminile. In 77/80 (96.2%) la neoplasia era localizzata esclusivamente nella pelvi renale, in 3/80 (3.7%) a carico della pelvi e dell'uretere lombare e in 28/28 (100%) a carico dell'uretere distale.

La linfadenectomia è stata eseguita su 29/108 (26.8%) dei soggetti sottoposti a nefroureterectomia e/o a ureterectomia distale. L'impiego dell'analisi univariata ha consentito di valutare la sopravvivenza cancro-specifica in funzione dello stadio e del grading della neoplasia ed infine in relazione alla linfadenectomia.

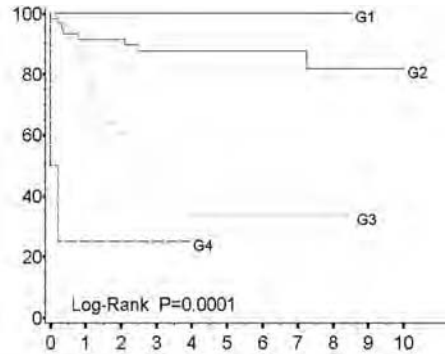
**Risultati:** Al follow-up medio di 40 mesi nei pazienti sottoposti a nefroureterectomia e ad ureterectomia distale la sopravvivenza cancro-specifica è stata del 75% (tab. 1). L'analisi univariata ha rivelato significative differenze in relazione al grado e al parametro T della neoplasia (tab. 2-3) ma nessuna tra il gruppo N+ ed il gruppo N0 (tab. 4).

**Conclusioni:** Nella nostra casistica la linfadenectomia non migliora la sopravvivenza cancro-specifica in questa categoria di pazienti (tab.5).

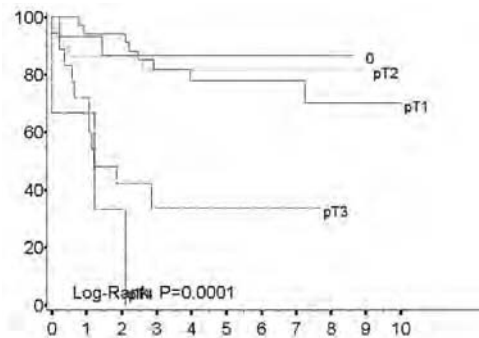
**Tabella 1.**



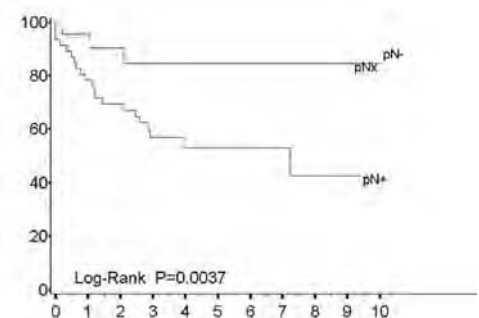
**Tabella 2.**



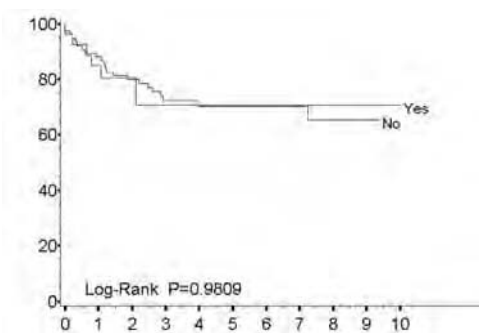
**Tabella 3.**



**Tabella 4.**



**Tabella 5.**





Abstract n. 131 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.01 Sala Sforza)  
**IL RISCONTRO BIOPTICO DI UN SINGOLO MICROFOCOLOIAI DI CARCINOMA PROSTATICO ALLA BIOPSIA ASSOCIATO A PSA < 10 ng/ml RAPPRESENTA L'ARCHETIPO DELLA MALATTIA LOW RISK? RISULTATI ALLA SUCCESSIVA PROSTATECTOMIA RADICALE NERVE SPARING E FOLLOW UP**  
 Taverna G.<sup>1</sup>, Benecchi L.<sup>2</sup>, Grizzi F.<sup>3</sup>, Minuti F.<sup>1</sup>, Colombo P.<sup>4</sup>, Severo M.<sup>1</sup>, Giusti G.<sup>1</sup>, Piccinelli A.<sup>1</sup>, Benetti A.<sup>1</sup>, Corinti M.<sup>1</sup>, Zandegiacomo S.<sup>1</sup>, Maugeri O.<sup>1</sup>, Graziotti P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unità Operativa di Urologia, Istituto Clinico Humanitas IRCCS, Rozzano; <sup>2</sup>Unità Operativa di Urologia Ospedale di Fidenza; <sup>3</sup>Dipartimento di Medicina Quantitativa, Istituto Clinico Humanitas IRCCS, Rozzano; <sup>4</sup>Department of Pathology, Istituto Clinico Humanitas IRCCS, Rozzano

**Introduzione e Obiettivi** La presenza di un singolo microfocolaio di carcinoma prostatico (CAP) (5% di 1 frustolo o meno con Gleason 6 o inferiore) alla biopsia è comunemente associata a buona prognosi. Lo scopo del nostro studio è stato quello di analizzare retrospettivamente un gruppo di pazienti con microfocolaio alla biopsia e PSA < 10 ng/ml valutandone le caratteristiche alla successiva prostatectomia radicale nerve-sparing (RP) e al follow up. Abbiamo inoltre valutato l'impatto predittivo della ribiopsia.

**Metodi:** 134 pazienti sono stati sottoposti a RP per riscontro biptico di un singolo microfocolaio di CAP. Il microfocolaio è stato definito come riscontro di adenocarcinoma prostatico in 5% o meno in 1 singolo frustolo biptico, con Gleason pari o inferiore a 6. Abbiamo analizzato PSA, Ratio F/T, PSAD, volume neoplastico e Gleason score alla biopsia e alla successiva RP. Abbiamo inoltre considerato l'eventuale interessamento della capsula prostatica, i margini chirurgici e lo stadio patologico alla RP. Tutti i pazienti hanno proseguito il follow up con PSA semestrale e visita.

**Risultati:** In 194 pazienti è stato riscontrato un microfocolaio di CAP alla biopsia. 134/194 (67%) pazienti sono stati sottoposti a RP nerve sparing, 11/194 (8%) a radioterapia e 49/194 (25%) a sorveglianza attiva. Dei pazienti sottoposti a RRP il 70.15% ha presentato malattia clinicamente significativa alla successiva RP. Suddividendo i pazienti in relazione al PSA < o > a 10 ng/ml non sono state riscontrate differenze per quanto riguarda le percentuali di malattia clinicamente significativa (p = 0.069). Nessuno dei parametri presi in esame si è dimostrato utile per la selezione della malattia clinicamente non significativa e non sono state evidenziate differenze tra pazienti con PSA < o > 10 ng/ml. Il follow up medio è risultato di 28 mesi (range (3.7-96 mesi)). Il 29.6% dei pazienti in studio ha presentato ripresa biochimica di malattia. Utilizzando la regressione di Cox risultano essere statisticamente significative per la ripresa biochimica: Gleason patologico (HR=2.94; p = 0.009), la capsular penetration (HR = 3.56; p = 0.006) e i margini chirurgici positivi (HR=6; p < 0.001). Abbiamo quindi valutato l'effetto delle variabili significative prese congiuntamente (multivariate Cox regression) e abbiamo evidenziato che esclusivamente i margini chirurgici positivi risultano essere fattore predittivo positivo per la ripresa biochimica di malattia (p = 0.006). La ribiopsia dei pazienti non si è dimostrata utile a scopo predittivo.

**Conclusioni:** Dalla letteratura non emergono parametri predittivi solidi ed il rischio di sottoporre un paziente a trattamento radicale per malattia clinicamente non significativa è dello 0-48%. All'interno della categoria a basso rischio, la presenza di un microfocolaio tumorale con PSA < 10 ng/ml rappresenta l'archetipo di tale gruppo. Tuttavia, il nostro studio evidenzia che nessuno dei parametri clinici, biomorali e anatomopatologici abbia evidenziato un reale impatto predittivo. Il 29.6% dei pazienti ha presentato ripresa biochimica al successivo follow up e questo è stato associato esclusivamente alla presenza di margini chirurgici positivi alla RP.

In conclusione, ad oggi, sappiamo che esiste la malattia clinicamente non significativa, sappiamo che sottoponiamo a trattamenti inutili e sovente invasivi un elevato numero di pazienti, ma con i parametri in uso, non siamo in grado di selezionare preventivamente ed accuratamente i pazienti da sottoporre a trattamento radicale.

Abstract n. 132 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**INCIDENZA E CORRELAZIONE DI IPOTIROIDISMO E ALTERAZIONI DELL'ASSETTO LIPIDICO IN PAZIENTI IN TRATTAMENTO CON SUNITINIB PER CARCINOMA RENALE METASTATICO: NOSTRA CASISTICA**

Baldazzi V.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>2</sup>, Tassi R.<sup>1</sup>, Muto A.<sup>1</sup>, Santomaggio C.<sup>1</sup>, Cipriani G.<sup>1</sup>, Carini M.<sup>2</sup>, Mazzanti R.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Oncologia Medica 2- AUO Careggi - Firenze; <sup>2</sup>Clinica Urologica 1- AUO Careggi

**Introduzione:** L'ipotiroidismo è un effetto collaterale riscontrabile nei pazienti affetti da carcinoma renale metastatico in trattamento con Sunitinib, con una frequenza che oscilla dal 40% al 70% a seconda delle casistiche. Il meccanismo patogenetico non è ancora stato precisamente determinato e varie ipotesi sono state chiamate in causa. Altre anomalie biomorali comunemente riscontrabili sono rappresentate da alterazioni dell'assetto lipidico (quali ipercolesterolemia ed ipertrigliceridemia) e pancreatico.

**Pazienti e metodi:** Presso il nostro centro, dal Settembre 2007 al Dicembre 2008, 15 pazienti affetti da carcinoma renale metastatico hanno ricevuto trattamento di prima linea con Sunitinib. L'età media era 61 anni con range 75-50 anni. Tutti i pazienti hanno ricevuto Sunitinib 50mg/die per quattro settimane consecutive seguiti da due settimane di pausa; inoltre il primo e l'ultimo giorno della somministrazione del farmaco ciascun paziente ha eseguito esami ematici completi di indicatori di funzionalità tiroidea, pancreatico ed assetto lipidico. Sono stati eseguiti prima dell'inizio del trattamento e dopo 3 e 6 mesi i dosaggi degli anticorpi anti-tireoglobulina ed anti-tireoperossidasi risultati sempre nella norma in tutti i pazienti.

**Risultati:** Tutti i pazienti osservati presentavano prima dell'inizio del trattamento una normale funzione tiroidea, pancreatico e normale assetto lipidico (due pazienti presentavano colesterolemia ai limiti superiori dell'intervallo di riferimento).

Dei 15 pazienti osservati 8 (54%) hanno sviluppato ipotiroidismo durante il trattamento. In particolare è stato riscontrato un aumento dei livelli di TSH con un range compreso tra 5,97 mU/L e 27,2 mU/L (valori di riferimento: 0,25-3,5 mU/L), non accompagnato da alterazioni dei livelli di ormoni liberi circolanti. Tale alterazione è comparsa in media dopo 3,3 cicli di trattamento (range 1-7) corrispondenti a circa 140 giorni di terapia.

12 pazienti (80% dei casi) hanno sviluppato alterazioni dell'assetto lipidico in particolare ipercolesterolemia ed ipertrigliceridemia. Tali alterazioni sono comparse in media dopo 2 cicli di trattamento (range 1-3). L'ipertrigliceridemia è comparsa in tutti questi pazienti, con range 200-1493 mg/dl (valori di riferimento ≤180 mg/dl). L'ipercolesterolemia invece è comparsa in 10 pazienti, pari all'83,3%. Il range di ipercolesterolemia è risultato compreso tra 338-210 mg/dl (valori di riferimento < 200 mg/dl). Tutti i pazienti che hanno sviluppato ipotiroidismo, tranne 1, hanno sviluppato alterazioni dell'assetto lipidico.

**Discussione:** L'ipotiroidismo rappresenta un effetto collaterale comune della terapia con Sunitinib. Sintomi attribuibili all'ipotiroidismo sono difficilmente distinguibili da quelli legati alla terapia con Sunitinib (astenia, alopecia, cute secca ecc), pertanto può risultare difficile la scelta di una eventuale terapia sostitutiva.

L'ipertrigliceridemia e l'ipercolesterolemia sono note conseguenze dell'ipotiroidismo, pertanto non sappiamo quanto queste sia-

no attribuibili all'effetto diretto del farmaco o alle sue conseguenze sulla funzionalità tiroidea. Questo sottolinea la necessità di comprendere a fondo i meccanismi patogenetici alla base dell'ipotiroidismo indotto da Sunitinib, per poter gestire anche altre alterazioni metaboliche.

Abstract n. 133 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**IPOTIROIDISMO INDOTTO DA SUNITINIB IN UN PAZIENTE IN TERAPIA SOSTITUTIVA CON LEVOTIROXINA**

**Baldazzi V.<sup>1</sup>, Lapini A.<sup>2</sup>, Tassi R.<sup>1</sup>, Muto A.<sup>1</sup>, Santomaggio C.<sup>1</sup>, Cipriani G.<sup>1</sup>, Lanzi F.<sup>2</sup>, Carini M.<sup>2</sup>, Mazzanti R.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Oncologia Medica 2 - AUO Careggi Firenze; <sup>2</sup>Clinica Urologica - AUO Careggi

**Introduzione:** Sunitinib è un inibitore multi-target delle tirosin-chinasi con attività antiproliferativa e anti-angiogenetica utilizzato nel trattamento del tumore renale metastatico. Vari studi hanno riportato come effetto collaterale alterazioni della funzionalità tiroidea in oltre il 75% dei pazienti trattati. Il meccanismo patogenetico non è ancora completamente noto. Descriviamo un caso di ipotiroidismo in un paziente tiroideomizzato in trattamento con Sunitinib.

**Case report:** Un uomo di 60 anni sottoposto ad intervento di nefrectomia destra nel 1996 per carcinoma renale a cellule chiare (pT1a) e nel 2004 ad enucleazione renale sinistra per carcinoma renale a cellule chiare (pT1a), giunge alla nostra osservazione nel Giugno 2007 per malattia metastatica a livello encefalico (se-  
de temporale media dx) e del surrene destro.

Nel Settembre 2005 il paziente era stato sottoposto ad intervento chirurgico di tiroidectomia totale per struma permagno. Da allora il paziente era in terapia con levotiroxina 150 g/die, ottenendo valori di fT3, fT4 e TSH nel range di normalità.

Nel marzo 2008 il paziente inizia terapia con Sunitinib 50 mg/die, 4 settimane di trattamento seguite da 2 settimane di pausa

Al secondo ciclo di terapia il paziente lamenta astenia, intolleranza al freddo, perdita di capelli ed edema del volto. Viene eseguito il dosaggio degli ormoni tiroidei e del TSH che mostrano TSH: 22.4 mU/l (normal range: 0.30-5.00 mU/l), fT3: 4.3 pMol/l (normal range: 3.5-6.5 pMol/l) e fT4: 11.8 pMol/l (normal range: 11.5-22.7 pMol/l). Il paziente non assumeva altri farmaci che potevano influire con i livelli della tiroxina quali antiacidi contenenti alluminio, calcio carbonato, sucralfato o resine a scambio ionico, fenitoina, carbamazepina ecc

Vista la sintomatologia del paziente e gli alti livelli del TSH è stato aumentato il dosaggio della levotiroxina a 175 mg/die ottenendo un miglioramento della sintomatologia del paziente e un ritorno dei valori di TSH nel range di normalità.

**Discussione:** Gli inibitori delle tirosin-chinasi, quali Sunitinib o Imatinib sono farmaci generalmente ben tollerati tra i cui effetti collaterali rientrano astenia, edema ed alopecia difficilmente differenziabili da quelli dell'ipotiroidismo.

È stata ipotizzata che tale effetto collaterale sia dovuto un'alterazione dell'uptake dello iodio a livello tiroideo. La presenza di alti valori di TSH in paziente tiroideomizzato che assumono terapia sostitutiva con levotiroxina non supporta questa ipotesi. Il meccanismo alla base dell'ipotiroidismo indotto da Sunitinib necessita di ulteriori approfondimenti, soprattutto alla luce di una eventuale correlazione con la risposta al farmaco, come ipotizzato recentemente da alcuni autori.

**Bibliografia**

Rini BI, Tamaskar I, Shaheen P, Salas R, Garcia J, Wood L, Reddy S, Dreicer R, Bukowski RM. Hypothyroidism in patients with metastatic renal cell carcinoma treated with sunitinib. *J Natl Cancer Inst.* 2007 Jan 3;99 (1):81-3.

Desai J, Yassa L, Marqusee E, George S, Frates MC, Chen MH,

Morgan JA, Dychter SS, Larsen PR, Demetri GD, Alexander EK. Hypothyroidism after sunitinib treatment for patients with gastrointestinal stromal tumors. *Ann Intern Med.* 2006 Nov 7;145 (9):660-4.

Wolter P, Dumez H, Schoffski p. Laboratory abnormalities suggesting thyroid dysfunction in patients treated with Sunitinib. *Ann Intern Med* 27 2006.

Mannavola D, Coco P, Vannucchi G, Bertuelli R, Carletto M, Casali PG, Beck-Peccoz P, Fugazzola L.; A novel tyrosine-kinase selective inhibitor, sunitinib, induces transient hypothyroidism by blocking iodine uptake. *J Clin Endocrinol Metab.* 2007 Sep;92 (9):3531-4. *Epub* 2007 Jun 26.

WolterP, Stefan C, Decallonne B et al. Evaluation of thyroid dysfunction as a candidate surrogate marker for efficacy of Sunitinib in patients with advanced renal cell carcinoma. *J Clin Oncol* 26:280s,2008.

Abstract n. 134 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Prostate 1 - ore 14.00 Sala Visconti)

**FORME MOLECOLARI DELL'ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) IN CAMPIONI BIOLOGICI UMANI E NELLA LINEA CELLULARE DI ADENOCARCINOMA DELLA PROSTATA LNCAP**

**Altieri V.<sup>1</sup>, Di Lorenzo G.<sup>2</sup>, Montanaro V.<sup>2</sup>, Marsicano M.<sup>2</sup>, Ceglia A.<sup>1</sup>, Castelluzzo G.<sup>1</sup>, Castaldo L.<sup>1</sup>, Tronino M.<sup>1</sup>, Terracciano D.<sup>2</sup>, Mazzarella C.<sup>3</sup>, Mariano A.<sup>3</sup>, Macchia V.<sup>3</sup>, Ferro M.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Urology Clinic, Federico II University, Naples, Italy; <sup>2</sup>Oncology Division, Federico II University, Naples, Italy; <sup>3</sup>Dipartimento di Biologia e Patologia cellulare e molecolare L. Califano Università di Napoli Federico II

**Introduzione e Obiettivi:** Il PSA è una glicoproteina a singola catena di 33 kDa dotata di attività enzimatica. L'enzima maturo attivo viene generato dai precursori preproPSA e proPSA attraverso reazioni enzimatiche di clivaggio che avvengono nel lume della ghiandola prostatica. Il PSA maturo, a sua volta, può essere tagliato in diversi punti della molecola, generando forme inattive. Il PSA sierico immunoreattivo comprende l'enzima attivo complessato ad inibitori (cPSA) e forme troncate inattive dell'enzima (fPSA) che insieme costituiscono il PSA totale (tPSA). In presenza di neoplasia prostatica, l'alterazione dell'architettura tissutale dell'organo comporta una diminuzione dell'efficienza delle reazioni enzimatiche di clivaggio ed il conseguente aumento dei livelli circolanti di cPSA e proPSA. Per questo motivo, i rapporti fPSA/tPSA e cPSA/tPSA sono utili per differenziare l'iperplasia prostatica benigna dal cancro.

Nel presente studio abbiamo analizzato l'immunoreattività ed il rapporto tra le diverse forme molecolari di PSA nel siero, nelle urine e nel tessuto di pazienti affetti da carcinoma prostatico e nella linea cellulare di carcinoma della prostata LNCaP al fine di verificare se l'analisi delle forme molecolari può rappresentare un utile strumento per la diagnosi, la prognosi e il follow-up dei pazienti neoplastici.

**Materiali:** Abbiamo raccolto siero, urine e tessuti di 30 pazienti affetti da carcinoma prostatico e su questi campioni abbiamo misurato con kit commerciali il tPSA e il fPSA. Le proteine dei tessuti, degli estratti cellulari di LNCaP, del siero e delle urine sono state separate mediante elettroforesi, trasferite su filtro di nitrocellulosa mediante western blot ed esposte all'anticorpo anti-PSA.

**Risultati:** L'immunoblotting degli estratti tissutali ha rivelato una banda di reattività forte corrispondente ad un peso molecolare di circa 33 kDa, tre bande di peso molecolare più basso ed una poco reattiva corrispondente a circa 90kDa. Il mezzo di coltura delle cellule LNCaP presentava tre bande nette, la più intensa corrispondente ad un peso molecolare di 33 kDa, una seconda con un peso molecolare leggermente inferiore e l'ultima poco intensa di circa 100 kDa. L'estratto cellulare delle cellule LNCaP mo-

strava solo la banda di 33 kDa. Il siero presentava una banda di circa 100 kDa e le urine una banda di 33 kDa e diverse bande di peso molecolare inferiore.

**Conclusioni:** I nostri risultati suggeriscono che nel tessuto di cancro della prostata la forma molecolare di PSA prevalente è quella libera. Anche nel mezzo di coltura delle cellule LNCaP predomina la forma libera, ma è presente anche quella complessata. Negli estratti cellulari delle LNCaP si ritrova esclusivamente la forma libera. Nel siero la forma maggiormente presente è quella complessata, mentre nelle urine il PSA esiste solo nella forma libera. **Conclusione:** In conclusione, la presenza di forme molecolari diverse di PSA sia nei tessuti biologici dei pazienti neoplastici, sia nel modello in vitro rappresentato dalla linea cellulare LNCaP e le osservazioni di numerosi studi recenti sulla correlazione tra le isoforme di fPSA circolante e l'estensione e l'aggressività della neoplasia suggeriscono la necessità di analizzare l'immunoattività e la proporzione delle diverse forme molecolari non solo in circolo, ma anche nelle urine e nei tessuti al fine di ottenere informazioni sulle caratteristiche biologiche e l'evoluzione clinica della neoplasia.

Abstract n. 135 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**SOGGETTO IN ETÀ PEDIATRICA AFFETTO DA PORPORA DI SCHONLEIN HENOCH (PSH) E SCROTO ACUTO**

**Saccomanni M.<sup>1</sup>, Gunelli R.<sup>1</sup>, Salomone U.<sup>1</sup>, Fiori M.<sup>1</sup>, Salaris C.<sup>1</sup>, Lilli P.<sup>1</sup>, Melotti S.<sup>1</sup>, Bercovic E.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>U.O. di Urologia Ospedale G.B.Morgagni-L.Pierantoni, Forlì

**Introduzione e Obiettivi:** Giunge all'attenzione dell' U.O. di Forlì paziente di otto anni affetto da Porpora di Schonlein Henoch (PSH), con sintomatologia importante da circa 10 giorni, soprattutto a localizzazione intestinale e cutanea, in trattamento con cortisone, penicillina e che manifesta improvvisamente un quadro clinico di scroto acuto. Scopo dello studio è stato confermare la necessità di intervento di esplorativa scrotale, sia per porre diagnosi di una rara complicità di una malattia sistemica, che per impedire l'ischemia del didimo.

**Metodi:** 10 giorni prima il soggetto presenta piccole lesioni maculopapulovesiccolari ad impronta emorragica agli arti inferiori ed al tronco, in rapido peggioramento. Esami ematochimici nella norma compresa la coagulazione, sangue nelle feci solo in alcuni prelievi, microematuria non costante. Per la presenza di dolori addominali inizia cortisone 4 giorni prima. Comparsa improvvisa di algia all'emiscroto dx, aumentato lievemente di volume, con notevole dolorabilità, assenza di riflesso cremasterico. Ecograficamente il didimo dx è di dimensioni nettamente aumentate, area ipoecogena centrale, assenza di color intradidimario, notevole congestione del funicolo spermatico aumentato di volume ad ecogenicità notevolmente disomogenea con segnale colore da iperafflusso; diagnosi di torsione del funicolo o ematoma intrafunicolare. Nel dubbio diagnostico ed in considerazione della patologia sistemica PSH, il paziente viene sottoposto ad esplorativa scrotale alla quale il didimo appare di colorito rosaceo e trofico, al contrario l'epididimo appare di dimensioni aumentate e di colore bluastro come da evento ischemico conseguente alla vasculite.

**Risultati:** Applicando una garza imbevuta con acqua calda l'epididimo ha riacquisito rapidamente il normale trofismo e colore per cui il didimo è stato riposizionato nello scroto.

**Conclusioni:** Possiamo così concludere che nel corso di malattie sistemiche importanti, soprattutto se in fase acuta come nel caso citato, è necessario da parte del medico sospettare il coinvolgimento di organi che sono raramente colpiti. Nel dubbio si impone sempre un'esplorazione chirurgica del testicolo.

**Bibliografia**

1. *Acute scrotum and Henoch-Schönlein purpura.* Søreide K. *Acta Paediatr.* 2007 Sep; 96 (9):1372-3. *Epub* 2007 Jul 31.

2. *Scrotal involvement in childhood Henoch-Schönlein purpura.* Ha TS, Lee JS. *Acta Paediatr.* 2007 Apr; 96 (4):552-5. *Epub* 2007 Feb 14.

3. *Diagnosis of Henoch-Schönlein purpura by sonography and radionuclear scanning in a child presenting with bilateral acute scrotum.* Huang LH, Yeung CY, Shyr SD, Lee HC, Huang FY, Wang NL. *J Microbiol Immunol Infect.* 2004 Jun; 37 (3):192-5.

4. *Acute scrotum and Schönlein-Henoch purpura: report of 2 new cases.* Gómez Parada J, Puyol Pallás M, Vila Cots J, Comesias González MJ, Gallastegui Dañobeitia JC. *Arch Esp Urol.* 2001 Mar; 54 (2):168-70.

Abstract n. 136 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**AUMENTO DELLA CONCORDANZA TRA GLEASON SCORE BIOPPTICO E ISTOLOGICO DEFINITIVO: CONFRONTO TRA LA METODICA A 6 CORES VS 12 CORES**

**D'Ascenzo R.<sup>1</sup>, Orsolini G.<sup>1</sup>, Paulis G.<sup>1</sup>, Nupieri P.<sup>1</sup>, Alvaro R.<sup>2</sup>, Brancato T.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>UOD Urologia Ospedale Regina Apostolorum – Albano Laziale Roma; <sup>2</sup>Università di Roma Tor Vergata

Le biopsie prostatiche ecoguidate (BPE) sono divenute una procedura indispensabile e comune per la diagnosi di carcinoma prostatico. Nell'ultima decade abbiamo osservato una evoluzione della tecnica delle biopsie ecoguidate con aumento del numero dei prelievi eseguiti e la stesura di linee guida nazionali ed internazionali.

Il nostro lavoro esamina la concordanza del Gleason Score (GS) tra biopsie ed i relativi campioni istologici definitivi in due gruppi di pazienti che hanno eseguito biopsie prostatiche a sestante e con 12 cores, successivamente sottoposti a Prostatectomia Radicale Retropubica (RRP) nella nostra struttura. L'Indice di Goodman e Kruskal utilizzato, misura la concordanza tra i risultati del GS bioptico e dell'istologico definitivo.

**Materiali e Metodi:** Abbiamo selezionato 312 pazienti con Carcinoma prostatico clinicamente localizzato sottoposti tra il 1998 ed il 2008 a biopsie prostatiche ecoguidate con sonda end-fire e successiva RRP.

I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi in relazione al numero di "cores" eseguiti durante le biopsie ecoguidate. Il Gruppo A consisteva in 103 pazienti sottoposti a BPE a sestante con ago 14 Gauge fino al novembre 2000. I restanti 219 pazienti dal dicembre 2000 all'aprile 2008 sono stati sottoposti a BPE con 12 prelievi con ago 18 Gauge. Dato che il GS rappresenta la somma di due parametri (X+Y), non si può parlare di correlazione tra i risultati ma di concordanza.

L'Indice di Goodman e Kruskal oscilla tra -1 e +1 (massima discordanza-massima concordanza). Valori pari a 0 indicano indifferenza.

**Risultati:** L'indice di G&K è risultato discordante per il Gruppo A (0,14 e 0,12 rispettivamente (GSX e GSY), e concordante per il Gruppo B (0,69 e 0,58 rispettivamente). Abbiamo successivamente valutato le percentuali di casi concordanti nei due gruppi con i seguenti risultati:

Gleason Score X		Gleason Score Y	
Gruppo A	Gruppo B	Gruppo A	Gruppo B
37.8 % = 0.38	74.5 % = 0.74	37.8 % = 0.26	74.5 % = 0.68
Confronto tra percentuali p< 0.0000		Confronto tra percentuali p< 0.0000	

**Conclusioni:** Abbiamo confermato che le biopsie prostatiche ecoguidate a 12 cores sono statisticamente superiori a quelle a sestante nell'implementare la concordanza tra il GS preoperatorio e quello definitivo dei campioni istologici di pazienti con carcinoma prostatico sottoposti a RRP.

Abstract n. 137 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**LA NEOVESCICA A Y: RISULTATI PRELIMINARI SULLE COMPLICANZE DELLA TECNICA IN UNO STUDIO MULTICENTRICO RETROSPETTIVO ITALIANO**

**Destefanis P.<sup>1</sup>, Cugiani A.<sup>1</sup>, Carchedi M.<sup>1</sup>, Fasolis G.<sup>2</sup>, Mari M.<sup>3</sup>, Bellina M.<sup>3</sup>, Bierti S.<sup>4</sup>, Frea B.<sup>4</sup>, Maffezzini M.<sup>5</sup>, Sogni F.<sup>6</sup>, Terrone C.<sup>6</sup>, Carrieri G.<sup>7</sup>, Morgia G.<sup>8</sup>, Fontana D.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale San Giovanni Battista Molinette, Torino; <sup>2</sup>Divisione di Urologia, Ospedale San Lazzaro, Alba (TO); <sup>3</sup>Divisione di Urologia, Ospedale di Rivoli (TO); <sup>4</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Ospedale Santa Maria della Misericordia, Udine; <sup>5</sup>Divisione di Urologia, Ospedali Galliera, Genova; <sup>6</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Ospedale Maggiore della Carità, Novara; <sup>7</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Ospedali Riuniti, Foggia; <sup>8</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Ospedale Policlinico G. Martino, Messina

**Introduzione e Obiettivi:** La sempre maggiore attenzione alla qualità di vita e alla riduzione delle complicanze nei pazienti sottoposti a cistectomia radicale e sostituzione con neovescica ortotopica hanno indotto a realizzare, alcuni anni orsono, un nuovo tipo di neo vescica ileale a sviluppo verticale, a forma di Y. Scopo del presente lavoro è la revisione delle complicanze della metodica, sulla base di uno studio retrospettivo multicentrico italiano.

**Metodi:** Sono stati rivisti retrospettivamente i dati relativi a tutti i pazienti sottoposti consecutivamente a cistectomia radicale e confezionamento di neovescica ortotopica a Y in sette diversi ospedali italiani. La tecnica utilizzata è stata precedentemente descritta e pubblicata. Sono stati raccolti i dati relativi alla malattia per cui il paziente è stato sottoposto alla procedura, i dati operatori, le complicanze peri-operatorie e le complicanze tardive, il follow-up oncologico e il trattamento delle complicanze. L'analisi statistica è stata condotta mediante software su PC.

**Risultati:** Sono stati inclusi nello studio 158 pazienti consecutivi sottoposti a cistectomia e confezionamento di vescica a Y dal gennaio 2001 al dicembre 2008. I dati erano valutabili per 140 di essi. L'età media al momento della cistectomia era di 63,75 +/- 9,66 anni. Centoventisette pazienti erano di sesso maschile mentre 13 di sesso femminile. Il follow-up medio è risultato di 30 mesi (range 1-98). Le complicanze tardive registrate sono state: stenosi dell'anastomosi uretero-neovesicale in 13 pazienti (9%), stenosi dell'anastomosi uretero-neovesicale in 2 pazienti (2/274 unità renali 0,7%), calcolosi della neovescica in 9 (6%), pielonefrite in 7 (5%), fistola neovesico-vaginale in 2 di 13 pazienti di sesso femminile (15%). Non sono stati registrati disturbi metabolici significativi.

**Conclusioni:** Sebbene si tratti di una casistica eterogenea, di uno studio retrospettivo e con un follow-up medio ancora breve, l'utilizzo della sostituzione di vescica mediante confezionamento di neovescica a Y ha dimostrato di essere una tecnica sicura. In particolare sottolineiamo l'incidenza di stenosi dell'anastomosi uretero-neovesicale, riscontrata in soli 2 pazienti (0,7% delle unità renali), la più bassa riportata in letteratura.

Abstract n. 138 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**RELAZIONE TRA VOLUME PROSTATICO E DECORSO POST OPERATORIO NELLA PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT ASSISTITA**

**Albo G.<sup>1</sup>, Musi G.<sup>1</sup>, Melegari S.<sup>1</sup>, Detti S.<sup>1</sup>, Santoro L.<sup>2</sup>, Verweij F.<sup>1</sup>, Ambruosi C.<sup>1</sup>, De Cobelli O.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Istituto Europeo di Oncologia, Divisione di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Europeo di Oncologia, Div Epidemiologia e Biostatistica

**Introduzione:** Il volume prostatico può influenzare il decorso della prostatectomia laparoscopica (LRP) ed di quella open (RP): in letteratura è descritto come il maggiore volume prostatico possa

condizionare l'incidenza dei margini positivi sia nella LRP che nella RP (...), le perdite ematiche, il tasso di trasfusione e la degenza media nella RP (2) ma non nella LRP (...), il tempo di chirurgia nella LRP (4), ma non nella RP (2).

L'influenza del volume prostatico sulla prostatectomia radicale robot assistita (RARP) è stata studiata in pochi lavori: Zorn e coll. ( ) hanno osservato che il volume prostatico influenza l'incidenza di margini positivi, maggiormente frequenti nelle ghiandole di dimensioni inferiori, ma non gli altri outcomes.

Scopo del presente studio è valutare l'effetto del volume prostatico sul decorso post-operatorio della RARP nella nostra casistica. **Materiali e Metodi:** Dal 1 novembre 2006 all'08 gennaio 2009 sono state eseguite 249 RARP presso la nostra divisione. L'età media dei pazienti era di 62 anni, 1/249 era cT1a, 168/249 erano cT1c, 79/249 cT2 1/249 cT3a. Il PSA medio era di 7,2 ng/ml. Per valutare le eventuali relazioni tra il volume prostatico e l'outcome peri e postoperatorio, abbiamo stratificato i pazienti in tre gruppi: volume < 40 gr, 40-60 gr, > 60gr.

Abbiamo quindi valutato i seguenti parametri: perdite ematiche, ospedalizzazione, tempo alla rimozione del catetere, margini positivi.

**Risultati:** 139 pazienti avevano un volume prostatico < 40 gr (gruppo 1), 88 un volume compreso tra 40 e 60 gr (gruppo 2) e 22 un volume > 60 gr (gruppo 3).

Le caratteristiche oncologiche erano simili tra i 3 gruppi in termini di Gleason score, e di PSA preoperatorio, ma non per estensione di malattia, in quanto i pazienti del gruppo 3 presentavano più raramente una malattia > T2. L'analisi degli outcome ha mostrato come il maggiore volume prostatico non influenzi la quantità di perdita ematica intraoperatoria (Kruskal Wallis test p = 0.387), i giorni di ospedalizzazione (Kruskal Wallis test 0.57) i giorni di cateterizzazione (Kruskal Wallis test p = 0.98), e l'incidenza dei margini positivi (Pearson's chi-square for heterogeneity p = 0.84).

Tale analisi è comunque limitata dalla differenza numerica dei tre gruppi.

**Discussione:** L'analisi dei dati è viziata dalla presenza di gruppi numericamente sbilanciati tra loro, in quanto i pazienti con prostata di dimensioni inferiore a 60 gr rappresentano il 91% del totale. L'analisi dei dati relativi alle caratteristiche della malattia (Gleason, TNM) mostra una tendenza ad una malattia maggiormente localizzata nel gruppo 3. Analizzando invece i dati relativi alle perdite ematiche intraoperatorie, alla ospedalizzazione media, alla durata della cateterizzazione e all'incidenza dei margini positivi, le differenze tra i due gruppi non sono mai significative. **Conclusioni:** Iniziando una nuova tecnica chirurgica, ci siamo chiesti se il maggiore volume prostatico potesse influenzare il decorso postoperatorio.

La nostra esperienza mostra come il maggiore volume prostatico non sia una controindicazione alla RARP in quanto non influenza nessuno dei fattori considerati. Tuttavia va ricordato che i pazienti con volume maggiore di 60 gr rappresentano nella nostra casistica meno del 10% dei totali.

**Bibliografia**

D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, et al: A prostate gland volume of more than 75 cm<sup>3</sup> predicts for a favorable outcome after radical prostatectomy for localized prostate cancer. *Urology* 52: 631-636, 1998.

52: 631-636, 1998.

Hsu EI, Hong EK, and Lepor H: Influence of body weight and prostate volume on intraoperative, perioperative, and postoperative outcomes after radical retropubic prostatectomy. *Urology* 61: 601-606, 2003.

Freeland SJ, Isaacs WB, Platz EA, et al: Prostate size and risk of high-grade, advanced prostate cancer and biochemical progression after radical prostatectomy: a search database study. *J Clin Oncol* 23: 7546-7554, 2005.

Chang CM, Moon D, Gianduzzo TR, et al: The impact of prostate size in laparoscopic radical prostatectomy. *Eur Urol* 48: 285-290, 2005.

Singh A, Fagin R, Shah G, et al: Impact of prostate size and body mass index on perioperative morbidity after laparoscopic radical prostatectomy. *J Urol* 173: 552-554, 2005.

Zorn K, Orvieto M., et al: Effect of Prostate Weight on Operative and Postoperative Outcomes of Robotic-Assisted Laparoscopic Prostatectomy" *UROLOGY* 69 (2), 2007.

**Selection criteria: patient's and tumour's characteristics before/after surgery**

**Table 1. Patient's and tumour's characteristics before surgery**

Variables	volume < 40 N (%)	volume (40-60) N (%)	volume (> 60) N (%)	p-value
Total patients	139	88	22	
<b>Age (years)</b>				
Mean ± SD	62 ± 6	62 ± 6	62 ± 5	
Median (range)	62 (42-75)	63 (49-75)	63 (52-74)	0.05 [a]
<b>PSA ingresso (ng/ml)</b>				
Mean ± SD	7.2 ± 3.5	7.2 ± 3.8	6.9 ± 3.0	
Median (range)	6.3 (0.4-23.4)	6.2 (1.2-26.0)	6.2 (2.1-15.5)	0.98 [b]
<b>Clinical T classification</b>				
cT1c	94 (67.6%)	59 (67.0%)	16 (72.7%)	
cT2 (a-b-c)	45 (32.4%)	29 (33.0%)	6 (27.3%)	0.87 [c]
<b>Pathologic T classification</b>				
pT2	91 (65.5%)	59 (67.0%)	21 (95.5%)	
pT3+pT4	48 (34.5%)	29 (33.0%)	1 (4.5%)	0.02 [c]
<b>Bioptic Gleason Score</b>				
Mean ± SD	6.3 ± 0.7	6.3 ± 0.7	6.2 ± 0.4	
Median (range)	6 (4-9)	6 (4-8)	6 (6-7)	0.87 [b]
<b>Gleason Score post-surgery</b>				
Mean ± SD	6.8 ± 0.7	6.5 ± 0.6	6.6 ± 0.8	
Median (range)	7 (5-9)	7 (4-8)	6 (6-9)	0.07 [b]

[a] ANOVA  
[b] Kruskal Wallis test  
[c] Pearson's Chi-square

**Table 2. Surgery**

Variables	group 1 (< 40) N (%)	group 2 (40-60) N (%)	group 3 (> 60) N (%)	p-value
Total patients	139	88	22	
<b>Blood Loss (mL)</b>				
N	135	86	21	
Mean ± SD	253 ± 213	266 ± 165	319 ± 399	
Median (Q1-Q3)	200 (150-300)	250 (150-300)	200 (100-300)	0.387 [b]
<b>Duration of hospital stay (days)</b>				
N	139	88	22	
Mean ± SD	3.6 ± 2.3	3.5 ± 2.0	4.0 ± 2.1	
Median (Q1-Q3)	3 (2-4)	3 (2-4)	3 (3-5)	0.57 [b]
<b>From surgery to catheter removal (days)</b>				
N	139	88	22	
Mean ± SD	8.0 ± 6.9	7.4 ± 6.2	8.3 ± 6.5	
Median (Q1-Q3)	6 (6-7)	6 (6-6.5)	6 (6-7)	0.98 [b]
<b>Positive Margins</b>				
yes	28 (20.1%)	15 (17.0%)	4 (18.2%)	0.84 [c]

[a] ANOVA  
[b] Kruskal Wallis test  
[c] Pearson's chi-square for heterogeneity

Abstract n. 139 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**INFLUENZA DELL'OBESITÀ SUL DECORSO POSTOPERATORIO NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOT ASSISTITA.**

Albo G.<sup>1</sup>, Rocco B.<sup>1</sup>, Melegari S.<sup>1</sup>, Detti S.<sup>1</sup>, Santoro L.<sup>2</sup>, Verweij F.<sup>1</sup>, Abbinante M.<sup>1</sup>, De Cobelli O.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Istituto Europeo di Oncologia, Divisione di Urologia; <sup>2</sup>Istituto Europeo di Oncologia, Div Epidemiologia e Biostatistica

Più del 70% degli uomini ultraquarantenni sono obesi o sovrappeso, con una tendenza di incremento nei prossimi anni. Diversi studi in letteratura hanno dimostrato come l'obesità possa influenzare l'outcome di una RARP (Robot Assisted Radical Prostatectomy), prevalentemente in termini di ritardo nel recupero della continenza. Ahlering et coll hanno notato nella loro casistica che i pazienti obesi trattati con RARP impiegano più tempo per raggiungere la continenza urinaria. Dati analoghi sono stati presentati da Herman e coll. Scopo del presente studio è valutare nella nostra casistica se l'obesità modifichi l'outcome funzionale dei pazienti.

**Materiali e Metodi:** A partire dall'1 novembre 2006 fino all'8 gennaio 2009 sono state eseguite 249 RARP presso la nostra divisione.

Per valutare se l'obesità influenzi il decorso postoperatorio, abbiamo stratificato i pazienti in base al loro BMI (se > 30 o < 30). Abbiamo quindi valutato il tasso di continenza e potenza a 3 a 6 e 12 mesi.

**Risultati:** L'età media dei pazienti era di 62 anni, 1/249 era cT1a, 168/249 erano cT1c, 79/249 cT2 1/249 cT3a. Il PSA medio era di 7,2 ng/ml, e il Gleason score medio postoperatorio 7.

I pazienti con BMI<30 (gruppo 1) erano 201 rispetto ai 31 con BMI > 30 (gruppo 2). Abbiamo definito incontinenti i pazienti che utilizzavano almeno 1 PAD. Nel follow up a 3 mesi il 34% dei pazienti del gruppo 1 utilizzava almeno 1 PAD, rispetto al 37,5% del gruppo 2. A 6 mesi di follow up, il 7,6% dei pazienti del gruppo 1 utilizzava almeno 1 PAD, rispetto al 12,5% del gruppo 2. Infine, a 12 mesi di follow up il 2,2% dei pazienti del gruppo 1 era incontinente rispetto a nessuno del gruppo 2.

Analizzando invece la funzione erettile, abbiamo definito potenti i pazienti che ottenevano un'erezione spontanea o con l'ausilio di terapia orale. A 3 mesi di follow up, il 27,7% dei pazienti del gruppo 1 era potente rispetto all'8,3% del gruppo 2. A 6 mesi il 37% del gruppo 1 era potente rispetto al 20,8% del gruppo 2. A 12 mesi, il 51% del gruppo 1 era potente rispetto al 46,2%.

**Discussione:** L'analisi dei dati è viziata dalla presenza di gruppi numericamente sbilanciati tra loro, in quanto i pazienti non obesi sono molto più numerosi rispetto agli obesi.

Ricordando dunque questo limite metodologico, l'analisi dei dati relativi alle caratteristiche della malattia (Gleason, TNM) mostra una sostanziale uguaglianza tra i due gruppi. Analizzando invece i dati relativi alla continenza, le differenze tra i due gruppi non sono mai significative.

Benché a 3 mesi siano più numerosi i pazienti che fanno ricorso ad almeno 1 PAD tra gli obesi (37.5%) rispetto ai non obesi (34.2%) il trend è di completo recupero ad 1 anno dalla chirurgia.

Nella analisi dei dati relativi alla funzione erettile va considerato come l'obesità sia un noto fattore di rischio per disfunzione erettile. Nella nostra casistica gli obesi hanno una grande difficoltà nel raggiungere l'erezione.

I dati ad 1 anno benché non mostrino sostanziali differenze, sono fortemente influenzati dalla scarsa numerosità del campione costituito dai pazienti obesi.

**Conclusioni:** La nostra esperienza mostra come l'obesità comporti un recupero più lento della continenza e della potenza sessuale, già condizionati negativamente da questo fattore. I

dati a 12 mesi mostrano una differenza non significativa, ma sono fortemente influenzati dalla scarsa numerosità del campione.

Tab. 1. Caratteristiche dei pazienti

Variable	Comparison	BMI < 30 Tot. 201	BMI 30 Tot. 31	p-value
Age	Median (range)	62 (42-75)	63 (47-72)	0.402
cT	cT1c (%)	136 (67.7)	22 (71.0)	0.71 <sup>^</sup>
	cT2a (%)	65 (32.3)	9 (29.0)	
PSAi	Median (range)	6.2 (0.4-23.0)	6.6 (2.1-26.0)	0.877
GS biop	Median (range)	6 (4-9)	6 (4-8)	0.900
pT	pT2 (%)	140 (69.7)	17 (54.8)	0.10
	pT3-T4 (%)	61 (30.3)	14 (45.2)	
GS post	Median (range)	7 (4-9)	7 (6-8)	0.351
Margins	Positive (%)	36 (17.9)	7 (22.6)	0.533
Blood loss (mL)	Median (range)	200 (50-2000)	300 (50-1500)	0.041
Rimozione				
catetere (days)	Median (range)	6 (2-55)	6 (5-30)	0.419
Degenza (days)	Median (range)	3 (1-16)	3 (2-8)	0.502

Le mediane sono confrontate con test non-parametrici di Wilcoxon's; le frequenze sono confrontate con il Pearson's Chi-square test.

Analisi della continenza Urinaria

Tabella 2. Continenza Urinaria nel tempo\* (%)

N pads/day	Follow-up visits					
	3-month		6-month		12-month	
	BMI<30 N (%)	BMI 30 N (%)	BMI<30 N (%)	BMI 30 N (%)	BMI<30 N (%)	BMI 30 N (%)
0-1	104 (65.8)	15 (62.5)	122 (92.4)	21 (87.5)	90 (97.8)	13 (100.0)
> 1	54 (34.2)	9 (37.5)	10 (7.6)	3 (12.5)	2 (2.2)	0 (-)
ALL	158	24	132	24	92	13
p-value [b]	0.75		0.42		0.59	

\* L'analisi include tutti i dati disponibili. I valori di p-value si riferiscono al confronto tra i gruppi a 3, 6 e 12 mesi.

Disfunzione erettile

Table 3. Penis Erection over time\* (%)

Sexual intercourse	Follow-up visits					
	3-month		6-month		12-month	
	BMI<30 N (%)	BMI 30 N (%)	BMI<30 N (%)	BMI 30 N (%)	BMI<30 N (%)	BMI 30 N (%)
No	112 (72.3)	22 (91.7)	82 (62.6)	19 (79.2)	45 (48.9)	7 (53.8)
Spontaneous	43 (27.7)	2 (8.3)	49 (37.4)	5 (20.8)	47 (51.1)	6 (46.2)
ALL	155	24	131	24	92	13
p-value [b]	0.04		0.11		0.74	

\* L'analisi include tutti i dati disponibili. I valori di p-value si riferiscono al confronto tra i gruppi a 3, 6 e 12 mesi.

Bibliografia

Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. JAMA. 2006;295:1549-1555.

Ahlering TE, Eichel L, Edwards R, Skarecky DW.: Impact of obesity on clinical outcomes in robotic prostatectomy. Urology 2005; 65: 740-4.

Michael P. Herman, MD, Jay D. Raman, MD, Steven Dong, MD, David Samadi, MD, Douglas S. Scherr, MD Increasing Body Mass Index Negatively Impacts Outcomes Following Robotic Radical Prostatectomy JSLs (2007)11:438-442

Abstract n. 140 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**IMPATTO DELLA RIABILITAZIONE URINARIA PRE-OPERATORIA SULLA RIPRESA DELLA CONTINENZA URINARIA POST-PROSTATECTOMIA RADICALE RETRO PUBICA: NO-STRA ESPERIENZA**

Altieri V.<sup>1</sup>, Di Lorenzo G.<sup>2</sup>, Montanaro V.<sup>2</sup>, Marsicano M.<sup>2</sup>, Ceglia A.<sup>1</sup>, Castelluzzo G.<sup>1</sup>, Castaldo L.<sup>1</sup>, Tronino M.<sup>1</sup>, Ferro M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urology Clinic, Federico II University, Naples, Italy; <sup>2</sup>Oncology Division, Federico II University, Naples, Italy

**Introduzione e Obiettivi:** Valutare i benefici del nostro protocollo riabilitativo (la fisiokinesiterapia (FKT), l'elettrostimolazione funzionale (ESF) e biofeedback) in regime preoperatorio sulla ripresa e la qualità della continenza urinaria post-operatoria.

**Materiali:** Da settembre 2006 a settembre 2008 abbiamo selezionato 40 pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica per carcinoma prostatico clinicamente localizzato, che non presentavano variabili di confondimento quali: pregressi interventi a carico del basso tratto urinario, iperattività detrusoriale, patologia ostruttiva severa e disturbi psichiatrici in trattamento o non farmacologico. Abbiamo diviso i pazienti in due gruppi: Gruppo "A" 20 pazienti che hanno effettuato il nostro protocollo riabilitativo 4 settimane prima dell'intervento (sedute trisettimanali), mantenendolo per i 3 mesi successivi alla rimozione del catetere operatorio. Gruppo "B" (controllo) 20 pazienti che hanno effettuato il protocollo riabilitativo per i 3 mesi successivi alla rimozione del catetere operatorio. La continenza urinaria è stata valutata mediante l'ausilio del PAD test 24h e ICIQ-SF a 3 a 6 a 12 e 18 settimane dall'intervento

**Risultati:** I due gruppi a 3 settimane non presentano differenze significative sia per numero di assorbenti che per peso degli stessi, mentre dalla sesta settimana fino al termine del follow-up si ha una percentuale crescente di pazienti asciutti nel gruppo A rispetto al gruppo B (% di pazienti asciutti Gruppo A vs Gruppo B: A 6 settimane 25% vs 15%; A 12 settimane 55 % vs 35%; A 18 settimane 80% vs 50%).

**Conclusioni:** Nonostante le numerose variabili sia pre che post-chirurgiche, i nostri risultati preliminari, dimostrano come la riabilitazione urinaria pre-operatoria possa accelerare e migliorare la capacità di ripresa della continenza urinaria post-operatoria.

Abstract n. 141 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Pene e testicolo - ore 08.00 Sala Visconti)

**ATTIVITÀ E LA TOSSICITÀ DEL PACLITAXEL IN PAZIENTI CON TUMORE PENIENO METASTATICO GIÀ TRATTATI**

Altieri V.<sup>3</sup>, Di Lorenzo G.<sup>1</sup>, Carteni G.<sup>2</sup>, Nicola Longo N.<sup>3</sup>, Doria F.<sup>1</sup>, Mirone V.<sup>3</sup>, De Placido S.<sup>1</sup>, Montanaro V.<sup>3</sup>, Marsicano M.<sup>3</sup>, Ferro M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Oncology Division, Federico II University, Naples, Italy; <sup>2</sup>Oncology Division, Cardarelli Hospital, Naples, Italy; <sup>3</sup>Urology Clinic, Federico II University, Naples, Italy

**Introduzione e Obiettivi:** È stato valutato l'uso del paclitaxel in pazienti affetti da carcinoma penieno squamocellulare precedentemente trattati cisplatino in regime neoadiuvante.

**Metodi:** In questo studio multicentrico di Fase II a singolo braccio i pazienti sono stati trattati con 175 mg/m<sup>2</sup> di paclitaxel, somministrato nell'arco di 3 ore, con un intervallo di 3 settimane tra una somministrazione e l'altra, fino a progressione di malattia o allo stato di tossicità irreversibile. L'end-point primario è stato

quello di valutare la percentuale di risposta obiettiva. Gli endpoints secondari sono stati: la sicurezza, la sopravvivenza libera da progressione (PFS – Progression Free Survival) e la sopravvivenza generale (OS – Overall Survival).

**Risultati:** Dodici pazienti sono stati trattati. Risposte parziali sono state osservate nel 25% dei casi (3 di 12 pazienti). Neutropenia di 3° grado e mucositi orali sono stati gli effetti collaterali più comuni, notati rispettivamente in 3 pazienti (25%). La PFS media è stata di 4 mesi (95% CI, 2-6 mesi) ed l'OS media è stata di 6 mesi (95% CI, 3-10 mesi).

**Conclusioni:** I risultati ottenuti da questa prova clinica mostrano che il Paclitaxel è stato ben tollerato ed assicura una efficacia promettente. Ulteriori trials, semmai anche in regime neoadiuvante, sono necessari per avvalorare le nostre scoperte preliminari.

Abstract n. 142 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**RE-BIOPSIA PROSTATICA DOPO DIAGNOSI DI HGPIN E ASAP**

**Angrisani R.<sup>1</sup>, Di Mauro U.<sup>1</sup>, Napodano G.<sup>1</sup>, Realfonso T.<sup>1</sup>, Intilla O.<sup>1</sup>, Iacone M.<sup>1</sup>, Fristachi R.<sup>2</sup>, Sanseverino R.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>UOC Urologia, Osp. Umberto I, Nocera Inferiore – ASL SA1;

<sup>2</sup>UOC Anatomia Patologica – Osp. M. Scarlato, ASL SA1

**Introduzione:** La re-biopsia prostatica è solitamente raccomandata dopo una iniziale diagnosi di PIN di alto grado (HGPIN) e di ASAP. Tuttavia il numero di procedure realizzabili, il numero di prelievi necessari nelle re-biopsie e l'intervallo di tempo tra le procedure non sono ancora definiti. Riportiamo i risultati della re-biopsia in pazienti con iniziale diagnosi di HGPIN e ASAP.

**Materiali e Metodi:** Abbiamo sottoposto a re-biopsia prostatica transrettale i pazienti con diagnosi di HGPIN o ASAP dopo una prima biopsia prostatica transrettale eseguita per sospetta neoplasia. La seconda biopsia è realizzata circa 3 mesi dopo diagnosi di ASAP e 6 mesi dopo diagnosi di HGPIN. Tutti i pazienti con diagnosi di HGPIN o ASAP alla seconda biopsia sono sottoposti ad una terza biopsia transrettale.

**Risultati:** Da Gennaio 2003 a Ottobre 2007, 1580 pazienti sono stati sottoposti a biopsia prostatica transrettale; 71 (4.5%) pazienti presentano una diagnosi di HGPIN [Gruppo A], mentre 60 (3.8%) pazienti una diagnosi di ASAP [Gruppo B]. Tutti i pazienti del gruppo A e del gruppo B (n = 131) sono sottoposti ad una seconda biopsia prostatica transrettale. I risultati istopatologici della seconda biopsia nei due gruppi di pazienti sono mostrati nella tabella 1.

I pazienti che alla seconda biopsia presentavano ancora una diagnosi di HGPIN o ASAP sono sottoposti ad una terza biopsia transrettale: il 38.9% (7 di 18) dei pazienti del gruppo A ed il 16.7% (1 dei 6) dei pazienti del gruppo B presentavano una diagnosi di adenocarcinoma prostatico alla terza biopsia (tabella 1). I tassi di positività della seconda e della terza biopsia sono 28.2% (37/131) e 33.3% (8/24), rispettivamente. Il 17.8% (8 di 45) dei tumori è diagnosticato alla terza biopsia.

**Conclusioni:** I pazienti con diagnosi di HGPIN e di ASAP sono

routinariamente sottoposti a re-biopsia prostatica. Tuttavia il numero di procedure realizzabili non è ancora ben definito. I nostri risultati sembrano suggerire che i pazienti con diagnosi di HGPIN o ASAP in due biopsie consecutive dovrebbero essere sottoposti ad una terza biopsia.

Abstract n. 143 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**NEOVESCICA ILEALE ORTOTOPICA DOPO CISTECTOMIA EXTRAPERITONEALE CON BISTURI ULTRASONICO: PRESENTAZIONE DI UNA TECNICA SEMPLIFICATA**

**Austoni E.<sup>1,2</sup>, Pini G.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Cattedra di Urologia, Università degli Studi di Milano; <sup>2</sup>Salus Ospital, Gruppo Villa Maria

**Introduzione e Obiettivi:** Viene illustrata una tecnica personale di confezione di neovescica ileale dopo cistectomia radicale extraperitoneale assistita da bisturi ultrasonico.

La procedura ha come obiettivo la semplificazione e la rapidità di esecuzione dell'intervento: consiste nella preparazione di un serbatoio ileale verticale con singola ripiegatura, che riunisce e modifica alcuni aspetti della tecnica di Studer e Wallace (plicatura ileale singola, anastomosi antiperistaltica degli ureteri a canna di fucile).

Abbiamo chiamato questa tecnica "neovescica Milanese".

**Metodi:** Tra il 2004 e 2008, 38 pazienti affetti da neoplasia vescicale sono stati sottoposti a cistectomia radicale extraperitoneale con tecnica di dissezione "digitoclasica" assistita da bisturi ultrasonico, con una significativa diminuzione del tempo di esecuzione e della emorragia.

Per la neovescica sono stati utilizzati 40 cm di ileo terminale, con detubularizzazione e plicatura singola di due segmenti prossimali, così da ottenere un serbatoio verticale che potesse facilmente discendere nella pelvi.

La anastomosi ureterale a canna di fucile sul segmento ileale non detubularizzato veniva eseguita secondo la tecnica di Studer e Wallace, ma utilizzando il segmento ileale distale antiperistaltico, contrariamente alla tecnica di Studer che utilizza invece il segmento prossimale isoperistaltico.

Con questa modifica si evita la torsione del mesentere, mentre la bassa pressione della neovescica ileale è già sufficiente alla prevenzione di reflussi.

**Risultati:** 2 morti per malattia metastatica. 1 morto per rottura di aneurisma cerebrale. 35 pazienti liberi da recidiva. Tempo medio operatorio totale di 3 ore e 18 minuti. Solo 2 pazienti emotrasmusi. Esame istologico con carcinoma transizionale per 37 pazienti, vescica "bianca" per un paziente con T2 G3 bioptico. 4 pazienti con complicanze postoperatorie risolte tutte conservativamente. Assenza di reflussi e dilatazioni della via escretrice al controllo ecografico ed uretrocistografico minzionale su 34 pazienti. Continenza diurna 92%.

**Conclusioni:** La neovescica Milanese non presenta meccanismi antireflusso in considerazione della bassa pressione di un serbatoio ileale ottenuto con detubularizzazione. L'uso di un segmento distale antiperistaltico per l'anastomosi uretero-ileale a canna di fucile è preferito a quello prossimale di Studer per evitare torsioni del meso, mentre la plicatura singola verticale favorisce una anastomosi uretrale senza tensioni.

La neo-vescica ileale verticale con plicatura singola da noi utilizzata dopo cistectomia extraperitoneale assistita con bisturi ultrasonico ci appare essere una procedura semplificata e veloce, con bassa percentuale di complicanze.

**Tabella 1.**

RISULTATI DELLA SECONDA BIOPSIA PROSTATICA			
Risultato 2° biopsia	Gruppo A (HGPIN)	Gruppo B (ASAP)	Totale
PCA	30.9% (22/71)	25% (15/60)	28.2% (37/131)
HGPIN/ASAP	25.3% (18/71)	10% (6/60)	
RISULTATI DELLA TERZA BIOPSIA PROSTATICA			
PCa	38.9% (7/18)	16.7% (1/6)	33.3% (8/24)

Abstract n. 144 Poster (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**PROSTATECTOMIA RADICALE PERINEALE: L'APPROCCIO QUADRANTALE ASSISTITO DAL BISTURI ULTRASONICO**  
**Austoni E.<sup>1,2</sup>, Pini G.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Cattedra di Urologia, Università di Milano; <sup>2</sup>Salus Ospital, Gruppo Villa Maria"

**Introduzione e Obiettivi:** La prostatectomia radicale perineale (PRP) non prevede linfadenectomia contestuale, e per ciò trova indicazione nella malattia organoconfinata individuata dagli indici prognostici PSA inferiore a 10 ng/ml e Gleason score inferiore a 7. Queste sono anche le condizioni di elezione per una prostatectomia radicale nerve sparing, oggi resa più agevole nella PRP dalla disponibilità dei bisturi ultrasonici laparoscopici. Il video mostra, dopo quindici anni di esperienza, la semplificazione della metodica con un approccio da noi definito "quadrantale", che migliora la visione e l'operatività nell'ambito di singoli settori della ghiandola, esplorati e trattati in successione durante l'intervento. Vantaggi: bassa invasività, assenza di rischio emorragico e di fenomeni tromboembolici, anastomosi uretrale precisa.

**Metodi:** Dal '94 al '97 abbiamo utilizzato la tecnica di Paulson su 94 pz, con indici prognostici di cancro organoconfinato (Gleason < 6, PSA < 10, volume prostatico < 80 ml). Successivamente abbiamo modificato la metodica con "l'approccio quadrantale" e asportazione radicale della ghiandola con le vescicole seminali. L'uso contemporaneo di bisturi ultrasonici laparoscopici ha quindi semplificato le fasi di emostasi in spazi molto ristretti, riducendo i tempi operatori. Con questa procedura fino al 2006 sono stati operati 192 pazienti (39 sottoposti a precedente TURP o adenomectomia). Intervento è eseguito in anestesia generale con posizione litotomica estrema, per facilitare l'approccio alle vescichette seminali e l'isolamento accurato del collo vescicole. Questa posizione operatoria, per motivi idrostatici, annulla inoltre l'emorragia venosa nelle fasi demolitive e il rischio tromboembolico. Non vengono eseguiti autodepositi ematici. La tecnica "quadrantale" utilizza una singola valva spostata successivamente nei vari quadranti della loggia con migliore visione e spazio operativo, senza divaricatori autostatici. Prostata asportata con collo integro, anastomosi uretrovescicale sotto visione diretta.

**Risultati:** Tempo operatorio medio 1h 20', emorragia media 260 cc. Complicanze immediate: sutura ureterale 4 pz, sutura rettale 4 pz, colostomia temporanea 1 pz, revisione 3 pz. Complicanze tardive: incontinenza totale 4 pz. Ripresa della continenza: giorni medi 44. Ripresa attività sex 93 pz. Ripresa di malattia: 29 pz. Margini positivi 34 paz.

**Conclusioni:** La procedura ha indicazione nella malattia confinata con fattori prognostici favorevoli e volume < 80, e anche dopo TURP o adenomectomia, con elezione per i pz cardiovascolpati e portatori di trapianto renale. La PRP "Quadrantale" con bisturi ultrasonico è alternativa mininvasiva non solo alle tecniche retropubiche, ma anche alla laparoscopia per rapidità di esecuzione, assenza di rischio emorragicoembolico, e precisione della sutura uretrale.

Abstract n. 145 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**NEFROURETERECTOMIA LAPAROSCOPICA CON COMPLETA BLADDER CUFF EXCISION**  
**Autran-Gomez A.M., Ghazi A., Janetschek G.**

Dipartimento Di Urologia Krankenhaus Elisabethinen Linz – Università Di Vienna Ed Innsbruck

**Introduzione:** Numerose tecniche chirurgiche, per il management dell' uretere distale, e del bladder cuff excision, sono state pubblicate e dimenticate; Il bisogno del riposizionamento del paziente, procedimenti endoscopici complessi seguiti da la nefrectomia,

etc. hanno reso l'approccio open come il gold standard, retardando lo sviluppo di nuove tecniche laparoscopiche pure, che permettano una completa resezione.

**Obiettivi:** Lo scopo del presente studio, è stato quello di mostrare un approccio laparoscopico semplice e completo durante la nefroureterectomia (NU), per il trattamento chirurgico del carcinoma a cellule transizionale (TCC) del tratto urinario superiore, con riguardo al trattamento dell'uretere distale e bladder cuff excision.

**Materiali e Metodi:** Technica. Il posizionamento del paziente e dei trocar sono stati eseguiti secondo la tecnica abituale de nefrectomia laparoscopica. È stato aggiunto un trocar di 5 mm al basso addome (linea media o laterale del muscolo retto), che ha permesso una adeguata dissezione dell' uretere distale e una chiusura completa della vescica, senza dover cambiare la posizione del paziente.

**Popolazione.-** Da agosto 2006 sono stati eseguiti 19 casi, dei quali 15 (73%) destri e 4 (27%) sinistri. Riguardo alla localizzazione del tumore: 8 casi (42%) erano a livello pielocaliciale, 5 (26%) nell'uretere superiore, 3 (16%) nell'uretere medio, 3 (16%) nell'uretere inferiore. Dal punto de vista istopatologico 18 (95%) presentarono TCC, dei quali 5 (26%) pT1, 8 (42%) pT2, 4 (22%) pT3, 1 (5%) pT4, e in 1 (5%) si è avuto diagnosi di melanoma metastatico. Il follow-up di 19 mesi, è stato eseguito attraverso citologia urinaria, cistoscopia, ecografia e urografia.

**Risultati:** In 18 casi (95%), questa tecnica è stata eseguita con successo. In 1 caso (5%) c'è stata la necessità di eseguire una conversione a chirurgia open per la presenza di neoplasia a livello dell'uretere distale. Il tempo operatorio è stato di 150-240 min. Il tempo medio di rimozione del catetere vesciale è stato di 7 gg. Durante il follow-up in 2 casi (10%), si è presentata una recidiva a livello vescicale a 9 e 16 mesi.

**Conclusioni:** L'aggiunta di un trocar di 5 mm, rende possibile l'esecuzione di una NU con completa bladder cuff excision, puramente laparoscopica. Questa tecnica, presenta risultati a breve termine del tutto comparabile a quelli ottenuti con la chirurgia open, che al momento, risulta essere il trattamento gold standard per il TCC del tratto urinario superiore.

Abstract n. 146 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Vescica - ore 08.00 Sala Borromeo)

**DATI PRELIMINARI DELLA TERAPIA DEL CARCINOMA IN SITU VESCICALE NON RESPONSIVO A BCG CON ONCOFID-P-B: STUDIO CLINICO-SPERIMENTALE DI FASE I-II**  
**Bassi P.F.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>1</sup>, D'Agostino D.<sup>1</sup>, Pinto F.<sup>1</sup>, Sacco E.<sup>1</sup>, Gulino G.<sup>1</sup>, Gardi M.<sup>1</sup>, Totaro A.<sup>1</sup>, Racioppi M.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Clinica Urologica-Università Cattolica Del S. Cuore, Roma

**Introduzione e Obiettivi:** Scopo di questo lavoro è verificare la tossicità e l'attività di un nuovo chemioterapico topico ottenuto dalla coniugazione di Paclitaxel e Acido ialuronico in pazienti con carcinoma in situ refrattario agli usuali trattamenti.

**Metodi:** Da febbraio 2005 a Giugno 2008, sono stati arruolati 16 pazienti con diagnosi istologica di CIS non responsivi a precedenti trattamenti.

L'età media dei pazienti è 65 anni. È stata definita una dose "starter" pari a 150 mg di Paclitaxel e Ac. ialuronico (Oncofid-P-B™, Fidia Farmaceutici, Padova), diluito in soluzione fisiologica e progressivamente incrementabile fino a 750 mg per ogni tripla di pazienti. Attualmente è stata conclusa la quarta tripla di dosaggio pari a 600 mg. Durante le sedute i pazienti sono stati monitorati con: ECG, esame urine, urinocoltura, emocromo completo con formula e biochimica completa. Ciascuna instillazione è durata 120 minuti e nel corso dell'instillazione sono stati eseguiti prelievi ematici seriati di 5 cc ogni 15' la prima ora e ogni 30' per i successivi 90 minuti. Inoltre sono stati raccolti due campioni d'urina di 8 cc prima dell'instillazione e successiva-



mente al termine dei 120 minuti. Otto giorni dopo l'ultima seduta i pazienti sono stati valutati con urografia e.v., uretrocistoscopia, citologia da lavaggio e mapping bioptico comprensivo di due prelievi in uretra prostatica. Il protocollo prevede dopo 4 settimane dall'ultima instillazione una visita conclusiva per la registrazione di eventuali eventi avversi tardivi.

**Risultati:** Dei 16 pazienti arruolati 15 sono valutabili e 1 ha abbandonato lo studio per l'insorgenza di patologia cardiovascolare giudicata non correlata al trattamento. La valutazione all'ultima visita ha evidenziato un quadro di negatività endoscopica, istologica e citologica in 11/15 pazienti.

Attualmente fino al dosaggio raggiunto di 600 mg non sono stati registrati eventi avversi locali e sistemici correlabili direttamente al farmaco e non è stata definita una massima dose tollerata. Lo studio inoltre ha evidenziato un'attività completa del farmaco nell'85% dei pazienti arruolati.

**Conclusioni:** I non soddisfacenti risultati nel controllo della recidiva nei tumori vescicali non muscolo-invasivi porta alla ricerca di nuove molecole e all'ottimizzazione di quelle già conosciute. In questo studio di fase I-II si sta valutando la tossicità di un biocongiugato composto da un chemioterapico sistemico ben conosciuto, il Paclitaxel, ma non idrosolubile e l'acido ialuronico, polimero naturale capace di aumentare la solubilità e l'attività in zone target della vescica grazie all'elevata affinità per i recettori CD-44, sovraespressi dalle cellule vescicali tumorali. La valutazione dell'endpoint primario ha evidenziato l'assenza di tossicità locale e sistemica ad un dosaggio di Oncofid-P-B™ pari a 600 mg mentre la secondaria osservazione di una buona risposta oncologica porterà, completata la valutazione della tossicità del farmaco, ad una prosecuzione dello studio con lesione marker.

**Abstract n. 147 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Prostata 1 - ore 14.00 Sala Visconti)**  
**NOMOGRAMMA PER LO SCREENING DEL TUMORE PROSTATICO**

**Benecchi L., Pieri A.M., Pastizzaro C.D., Potenzoni M., Prati A., Savino A., Uliano N., Pieri N., Potenzoni D., Arnaudi R.**  
*Divisione di Urologia Ospedale di Fidenza (Parma)*

**Introduzione:** Lo scopo di questo studio è quello di impostare un nomogramma che permetta di selezionare i pazienti da sottoporre a biopsia prostatica.

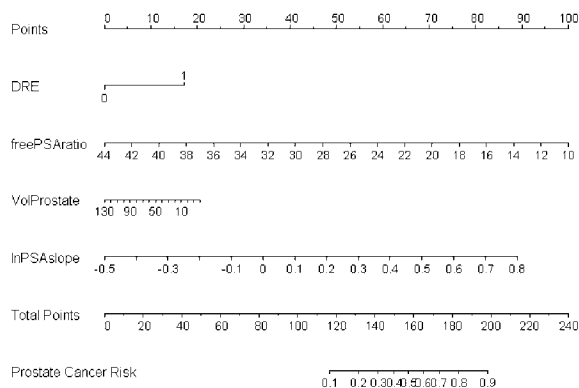
**Materiali e Metodi:** Nello studio sono stati inclusi i dati dei pazienti sottoposti a biopsia prostatica con 12 o più prelievi e con almeno tre prelievi di PSA eseguiti nell'arco di almeno 2 anni prima. I fattori analizzati sono stati l'età, il dato dell'esplorazione digitale rettale (DRE), il PSA, la percentuale di PSA libero, il PSA density e l'accelerazione del PSA (InPSAslope cioè la pendenza della regressione lineare del logaritmo naturale di almeno tre PSA eseguiti nell'arco di almeno 2 anni).

**Risultati:** 351 pazienti sono entrati nello studio. In totale 113 pazienti sono risultati affetti da tumore prostatico. I pazienti sono stati divisi in 2 gruppi: il primo gruppo di 271 casi per impostare il nomogramma ed il secondo di 80 casi per la validazione. Tutti fattori eccetto l'età ed il PSA, hanno mostrato una significatività statistica. Alla ROC (Receiver Operating Characteristic) analisi, l'area sotto la curva ROC (AUC) è risultata di 0.741 statisticamente migliori del PSA, della percentuale di PSA libero, del PSA density ( $p < 0.05$ ).

**Conclusioni:** Abbiamo sviluppato un nomogramma per selezionare i pazienti poi da sottoporre a biopsia prostatica.

Allo stato attuale è l'unico nomogramma che comprenda non solo dati clinici come la DRE, la percentuale di PSA libero, il PSA density, ma anche l'accelerazione del PSA (InPSAslope).

Pertanto questo nostro nomogramma si presta per un programma ottimale di screening seriato nel tempo delle neoplasie prostatiche.



**Abstract n. 148 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Prostata 1 - ore 14.00 Sala Visconti)**  
**LA LOGICA IMPERFETTA (FUZZY INFERENCE SYSTEM SUGENO-TYPE) NELLA DIAGNOSI DEL TUMORE PROSTATICO**  
**Benecchi L., Pieri A.M., Pastizzaro C.D., Potenzoni M., Prati A., Savino A., Uliano N., Pieri I., Potenzoni D., Arnaudi R.**  
*Divisione di Urologia Ospedale di Fidenza (Parma)*

**Introduzione:** La logica fuzzy trova un campo d'impiego ottimale nell'elaborazione di problemi complessi a partire da dati che già in partenza siano intrinsecamente imprecisi od ambigui. Si contrappone alla rigida logica binaria, ed offre rispetto a questa delle potenzialità che meglio si avvicinano alle umane capacità di ragionamento.

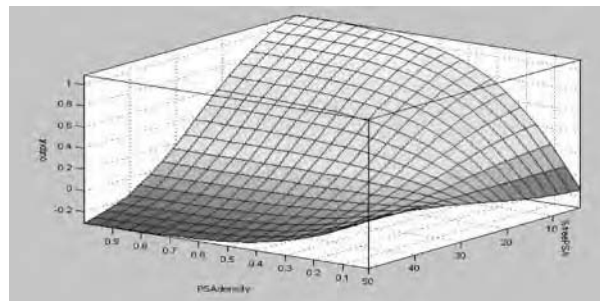
Lo scopo di questo nostro lavoro è quello di comparare quale metodo di inferenza dei sistemi fuzzy dia i risultati migliori per valutare il rischio di positività ad una biopsia prostatica

**Materiali e Metodi:** Abbiamo analizzato retrospettivamente i dati di 900 uomini che sono stati sottoposti a biopsia prostatica con un PSA minore di 20 ng/ml. Di questi 900 uomini 303 (33%) sono risultati affetti da tumore prostatico. I parametri valutati per l'analisi sono stati: l'età, il PSA, la percentuale di PSA libero ed il PSA density. I 900 casi sono stati divisi random in 2 gruppi: primo gruppo di 700 casi per training e test del sistema neurofuzzy e un altro gruppo di 200 casi per la validazione del sistema.

Abbiamo sviluppato quindi 2 modelli di sistemi neurofuzzy il primo basato sul sistema di inferenza Mamdani ed il secondo sul sistema di inferenza Sugeno.

**Risultati:** L'area media sotto curva ROC del sistema neuro-fuzzy tipo Sugeno è risultata di 0.802 +/- 0.024 (95% Intervallo di Confidenza 0.762-0.838), mentre quella del sistema neuro-fuzzy tipo Mamdani è risultata di 0.732 +/- 0.025 (95% Intervallo di Confidenza 0.692-0.758). L'analisi comparata ha evidenziato differenze statisticamente significative (neuro-fuzzy tipo Sugeno versus neuro-fuzzy tipo Mamdani  $p < 0.05$ ).

**Conclusioni:** I sistemi neuro-fuzzy permettono sono particolarmente legati alla soluzione di problemi complessi anche se i dati presentati hanno un certo grado di imprecisione. In questo nostro studio il sistema neurofuzzy tipo Sugeno ha prodotto risultati migliori al tipo Mamdani.



Abstract n. 149 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**RESEZIONE TRANSURETRALE BIPOLARE IN SALINA DI NEOPLASIA VESCICALE. RISULTATI E COMPLICANZE DEI PRIMO 480 CASI**

**Puppo P.<sup>1,2</sup>, Bertolotto F.<sup>2</sup>, Introini C.<sup>1,2</sup>, Germinale F.<sup>1,2</sup>, Raggio M.<sup>1</sup>, Naselli A.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>UO Urologia, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, IST, Genova; <sup>2</sup>UO Urologia, ASL 1, Imperia

*Introduzione:* La TURis® è una tecnologia emergente che ha dimostrato risultati sovrapponibili alla resezione monopolare. Al momento le informazioni disponibili sulla sicurezza dello strumento bipolare sono limitate. Riportiamo i dati a riguardo delle complicanze della resezione bipolare di neoformazione vescicale su di una ampia coorte di pazienti con almeno 6 mesi di follow up.

*Materiali e Metodi:* Da Gennaio 2006 a Ottobre 2007 480 TUR di neoformazione vescicale consecutive sono state eseguite nei 2 centri. Tutte le procedure sono state effettuate con un resettore bipolare da 26 Ch a flusso continuo in fisiologica (TURis®). È stata utilizzata un'ansa nuova per ogni intervento.

*Risultati:* Non si è verificato alcun caso di sindrome post TUR o di lesione termica cutanea. Il tempo mediano di resezione è stato di 27 minuti. È stata rimossa una mediana di 3 mL di tessuto. La discesa mediana dell'emoglobinemica pre e postoperatoria è stata di 0.7 g/dL. In 6 casi su 301 (2%) con neoformazione della parete laterale si è verificata una evocazione involontaria del riflesso otturatorio. Sono stati segnalati 10 casi (2%) di ritenzione urinaria da coaguli nel postoperatorio, 4 pazienti (0.8%) hanno avuto necessità di una trasfusione di sangue. Il follow up mediano della coorte è di 12 mesi, range 6 – 24 mesi. 355 pazienti avevano almeno 1 anno di follow up (74%). Sono stati registrati in tutto 12 casi di stenosi uretrale (2.5%).

*Conclusioni:* La TURis® è una tecnologia che ha dimostrato una notevole sicurezza in coorte ampia di soggetti operati per neoformazione vescicale e seguiti prospetticamente.

Abstract n. 150 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA: VARIAZIONI DI TECNICA, CON APPROCCIO TENSION-FREE, PER IL RISPARMIO DEL COLLO VESCICALE IN PRESENZA DI LOBO MEDIO**

**Bianchi G., Annino F., Beato A., De Carne C., Micali S., De Stefani S.**

*Clinica Urologica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

*Introduzione:* In questo video presentiamo un dettaglio di tecnica nell'approccio alla base prostatica, alla vescicola seminale ed al collo vescicale in presenza di importante terzo lobo prostatico in corso di RALP (Prostatectomia Radicale Robot Assistita).

*Materiali e Metodi:* Dopo 75 interventi di RALP eseguiti con approccio diretto al collo vescicale e con approccio all'angolo vescico-prostatico di tipo Tension-Free, abbiamo modificato l'approccio alla base prostatica nella dissezione delle vescicole seminali e del collo vescicale. La tecnica mostrata nel video prevede l'approccio laterale del collo vescicale ed il suo isolamento posteriore per tale via. Contestualmente si identificano ed isolano le vescicole seminali con il medesimo approccio prima di sezionare il collo vescicale. Abbiamo eseguito, ad oggi, 5 casi con la tecnica descritta due dei quali in presenza di voluminoso terzo lobo prostatico (3 cm ed 1,5 cm).

*Risultati:* I casi eseguiti non hanno mostrato un incremento delle complicanze né dei tempi operatori rispetto alla tecnica precedentemente utilizzata. In tutti i casi, compresi quelli con pre-

senza di lobo medio, è stato possibile eseguire una conservazione del collo vescicale, grazie alla separazione delle fibre muscolari del detrusore dal lobo medio per via laterale, prima della sezione del collo vescicale stesso. L'approccio alle vescicole seminali e la loro dissezione prima di sezionare il collo vescicale permette una dissezione dell'angolo prostatico e dei fasci neurovascolari con tecnica tension-free riducendo, in maniera teorica, il rischio di neuropraxia delle fibre nervose a questo livello. La continenza immediata, alla rimozione del catetere vescicale, è stata ottima anche nei pazienti con lobo medio. Non sono ancora disponibili risultati funzionali sul recupero dell'attività erettile. In tutti i casi i margini chirurgici sono risultati negativi.

*Conclusioni:* Tale approccio appare sicuramente di più difficile esecuzione rispetto all'approccio anterogrado puro, ma permette un miglior isolamento e risparmio del collo vescicale anche in presenza di voluminoso terzo lobo prostatico. Rende inoltre più agevole l'esecuzione di una dissezione tension-free dell'angolo vescico-prostatico, delle vescicole seminali e dei fasci neurovascolari. Saranno necessari studi di confronto per valutare un possibile impatto di questo tipo di dissezione sull'outcome funzionale della prostatectomia radicale robot assistita.

Abstract n. 151 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**RIDUZIONE DELLE INFEZIONI VESCICALI CON ESTRATTO DI VACCINIUM MACROCARPON DURANTE RADIOTERAPIA PER ADENOCARCINOMA PROSTATICO: RISULTATI PRELIMINARI**

**Bonetta A.<sup>1</sup>, Di Piero F.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>UO Radioterapia Az. Ospedaliera Istituti Ospitalieri, Cremona; <sup>2</sup>Dipartimento Scientifico, Velleja Research, Pontenure

*Introduzione:* Una delle complicazioni più frequenti durante la radioterapia per carcinoma prostatico (CaP) è l'infezione batterica urinaria che spesso determina un'importante corteo sintomatologico limitante la qualità di vita del paziente durante la cura. Dato che è stata recentemente dimostrata l'efficacia di alcuni principi attivi (flavonoidi e antocianidine) del mirtillo rosso americano (*Vaccinium macrocarpon* – VM-) nella prevenzione delle infezioni delle vie urinarie inferiori (UTI) se ne è voluta valutare l'attività anche in situazioni estreme come quella sopradescritta. È stato testato l'uso di un estratto, commercializzato come integratore alimentare, (*Monoselect Macrocarpon®*, *Vaccinium Macrocarpon* L. frutto e.s. titolato e standardizzato al 30% in proantocianidine) 200 mg al giorno per os.

*Materiali e Metodi:* Dal 6/07 al 3/09 sono stati trattati con radioterapia sulla loggia prostatica (e sulla pelvi in caso di rischio linfonodale) 236 pazienti. Tra questi è stato considerato valido per la valutazione (stesso tipo di trattamento e assenza di antibiotico terapia per infezioni non urinarie) un sottogruppo di 203 pazienti consecutivi. 88 sono stati sottoposti a terapia con monoselect macrocarpon 1 cp die e 115 non hanno ricevuto l'integrazione alimentare, venendo considerati nella successiva analisi come gruppo di controllo. La preparazione al trattamento radiante prevedeva la cateterizzazione (con successiva opacizzazione) della vescica, TC di centratura e simulazione del piano di cura; la cura è stata effettuata con tecnica IMRT sliding windows con "concomitant boost", con frazioni giornaliere di 2.3 Gy. Durante il trattamento della durata di circa 6-7 settimane, tutti i pazienti sono stati sottoposti a visita con cadenza settimanale, registrando la sintomatologia urinaria. Sono state anche effettuate almeno 2 urinocolture alla terza e sesta settimana di cura, ed eventualmente una ulteriore in caso di intensi sintomi disurici. Tutti i pazienti del gruppo trattato con VM hanno iniziato il trattamento con l'estratto il giorno della preparazione per la radioterapia e lo hanno concluso al termine della cura.

Risultati: Tutti i pazienti del gruppo trattato con integratore alimentare hanno assunto regolarmente il VM, salvo un paziente che lo ha sospeso autonomamente per 10 giorni (ma che è stato comunque mantenuto entro lo studio). Non sono stati segnalati effetti collaterali correlabili al VM; un solo paziente, affetto da gastrite cronica, ha lamentato gastralgie controllate con gastroprotettore. Non sono stati rilevati fenomeni allergici. Nel gruppo trattato con VM sono state rilevate 8 infezioni urinarie su 87 pazienti (pari al 9.0%) senza evidenziare recidive; nel gruppo di controllo 19 infezioni urinarie su 115 pazienti (pari al 16.5%) con presenza di recidiva in 4 pazienti. La differenza tra i due gruppi è risultata statisticamente significativa con una riduzione dell'incidenza dell'infezione di circa 45%.

**Conclusioni:** Dalla letteratura riguardante il VM emerge il dato della attività preventiva delle proantocianidine per le infezioni vescicali. Il meccanismo d'azione prevalente sembra essere legato alla capacità di ridurre l'adesione delle cellule batteriche alla superficie mucosa vescicale, impedendo il passaggio dalla contaminazione alla infezione vera e propria. Con il presente studio appare possibile che l'attività preventiva del VM si manifesti anche in situazioni non fisiologiche, come la irradiazione a dosi significative di una parte della vescica, determinante una mucosite acuta. I dati emersi dallo studio sembrano infatti confermare che è possibile ridurre la frequenza della cistite batterica a tutto vantaggio della tolleranza del trattamento radiante.

#### Bibliografia

1. *In-vitro and in-vivo evidence of dose-dependent decrease of uropathogenic Escherichia coli virulence after consumption of commercial Vaccinium macrocarpon (cranberry) capsules.* Lavigne JP, Bourg G, Combescure C, Botto H, Sotto A. *Clin Microbiol Infect.* 2008;14 (4):350-5.
2. *Cranberries for preventing urinary tract infections.* Jepson RG, Craig JC. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23; (1):CD001321.
3. *In-vitro and in-vivo evidence of dose-dependent decrease of uropathogenic Escherichia coli virulence after consumption of commercial Vaccinium macrocarpon (cranberry) capsules.* Lavigne JP, Bourg G, Combescure C, Botto H, Sotto A. *Clin Microbiol Infect.* 2008;14 (4):350-5.
4. *The cranberry and the urinary tract.* Cimolai N, Cimolai T. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2007;26 (11):767-76..

Abstract n. 152 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escretrice - ore 14.00 Sala Sforza)

#### LA CISTECTOMIA RADICALE CON RISPARMIO DI PROSTATA E VIE SEMINALI E CONFEZIONAMENTO DI NEOVESICICA ILEALE ORTOTOPICA È ANCORA UNA VALIDA OPZIONE PER PAZIENTI, GIOVANI E SELEZIONATI, AFFETTI DA NEOPLASIA VESCICALE

Brausi M.<sup>1</sup>, Heindereich A.<sup>2</sup>, De Luca G.<sup>1</sup>, Gavioli M.<sup>1</sup>, Peracchia G.<sup>1</sup>, Verrini G.<sup>1</sup>, Giliberto G.L.<sup>1</sup>, Viola M.<sup>1</sup>, Simonini G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ausl Modena (Carpi), U.O. Urologia; <sup>2</sup>University of Koln, Dept. of Urology, Koln, Germany

**Introduzione e Obiettivi:** La cistectomia radicale rappresenta il trattamento standard per il carcinoma vescicale infiltrante e per le neoplasie vescicali di alto grado, multifocali, in stadio Ta-T1 Cis refrattari a terapie conservative (instillazioni endovesicali). Gli Obiettivi dello studio sono stati valutare i risultati oncologici e funzionali di un gruppo selezionato di pazienti giovani che è stato sottoposto a cistectomia radicale con risparmio di prostata e vie seminali e contestuale confezionamento di neovesicica ileale ortotopica. Sono state valutate anche le complicanze precoci e tardive. Materiali e Metodi Dal 2000 al 2008 50 pazienti affetti da TCC sono stati considerati eleggibili per essere sottoposti a cistectomia radicale con risparmio di prostata e vie seminali (4.5% di tut-

te le cistectomie radicali). Criteri di eleggibilità: età < 65 aa, assenza di familiarità per neoplasia prostatica, PSA < 2 ng/ml o biopsie prostatiche negative, IIEF > 21, neoplasie vescicali di alto grado, stadio Ta-T1-Cis recidivi o cT2 (microinvasione della tonaca muscolare), forte motivazione del paziente a preservare la funzione sessuale. Trentotto su cinquanta pazienti sono stati esclusi per il riscontro di TCC nell'uretra prostatica dopo la TURP iniziale. Quarantasette pazienti sono entrati nello studio. Tecnica: 1° Tempo endoscopico: TUR profonda della prostata fino alla capsula con invio dei chips pericapsulari all'esame istologico estemporaneo. 2° Tempo chirurgico (stessa seduta): incisione sottombelico pubica di minima (7-8 cm), linfotomia estesa bilaterale, cistectomia radicale per via anterograda con il rispetto dei vasi deferenti, vescicole seminali e della prostata con le banderelle neurovascolari, derivazione urinaria (neovesicica ileale a coda di balena o Studer modificata). Età media 54.3 anni. PSA medio 2.02 ng/ml.

**Risultati:** Follow up medio 36.3 mesi. Venticinque su quarantasette pazienti hanno un follow up medio di 54.8 mesi. Mortalità 0%. Tempo operatorio medio 4,5 ore. Degenza ospedaliera media 16.5 giorni. Complicanze precoci: in 1/47 pazienti (2.1%) comparsa di occlusione intestinale che ha necessitato di un reintervento. Complicanze tardive: in 2/47 pazienti (4.2%) riscontro di idronefrosi di II grado (1 trattato per via endoscopica e 1 a cielo aperto). Stadio/Grado Patologico: T0 3/46 (6.4%), T2G2 2/47 (4.2%), T1G3 23/47 (48.9%), Cis 3/47 (6.4%), T2G3 14/47 (29%), T3G3 2/47 (4.2%). Due su quarantasette pazienti avevano linfonodi positivi (N+ pT2). Risultati oncologici: sopravvivenza globale 97.8% (1 paziente deceduto per IMA dopo 2 anni), sopravvivenza malattia specifica 100%. Recidive: tre su quarantasette pazienti (6.4%) hanno recidivato: 1 nei linfonodi inguinali, 1 nei linfonodi lomboaortici, 1 nella pelvi renale e nella vescicola seminale sinistra dopo, rispettivamente, 36, 27 e 51 mesi. Questi pazienti erano in stadio pT2 G3 N+, pT2G3 N0, pT1G3+Cis N0. Uno ha ricevuto linfotomia inguinale + chemioterapia (CR), 1 solo chemioterapia (CR), 1 è in attesa dell'intervento. PSA medio dopo TUR+chirurgia (38 pazienti) 1.19 ng/ml, dopo adenomectomia sec. Millin+chirurgia 1.85 ng/ml, con prostata in situ 2.8 ng/ml. In nessun caso è stato necessario effettuare biopsie prostatiche. Ventidue su venticinque pazienti con 54.8 mesi di follow up (88%) non sono recidivati. Risultati funzionali: continenza diurna (nessun pannolino) 46/47 pazienti (97.8%), 1 paziente utilizza 1 pannolino/die. Continenza notturna 37/47 pazienti (78.7%). Potenza sessuale: 44/47 pazienti (93.6%) risultavano potenti dopo chirurgia: 8/44 con l'ausilio di PDE5I. Eiaculazione: anterograda 9/47 (19%), retrograda 38/47 (81%).

**Conclusioni:** La cistectomia radicale con risparmio di prostata e vie seminali resta ancora una valida opzione in pazienti giovani, molto selezionati, affetti da TCC in stadio Ta-T1-Cis o T2 microscopico. I risultati funzionali ed oncologici a lungo termine sono eccellenti.

Abstract n. 153 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Prostata 1 - ore 14.00 Sala Visconti)  
**RE-CHALLENGE WITH DOCETAXEL (DOC) BASED CHEMOTHERAPY IN PATIENTS (PTS) WITH HORMONE-REFRACTORY PROSTATE CANCER (HRPC) WHO HAVE RESPONDED TO THE FIRST-LINE DOC: A MONO-INSTITUTIONAL EXPERIENCE**

Caffo O., Murgia V., Arcuri C., Valduga F., Ambrosini G., Brugnara S., Caldara A., Ferro A., Frisinghelli M., Soini B., Galligioni E.

Medical Oncology Department – Santa Chiara Hospital

**Background:** DOC-based chemotherapy is able to prolong survival of HRPC pts and now represents the treatment of choice in

the first-line setting. All pts who responded to the first-line DOC eventually progress after a variable interval during the follow-up. Any drug is currently approved as second-line treatment. In the daily clinical practice, we have evaluated the possibility to treat again responders pts with a DOC-based chemotherapy.

**Patients and methods:** re-challenge was proposed to those good-PS pts who had a biochemical and/or a clinical progression after they achieved a disease response during the first line DOC and stopped treatment without progression. Re-treatment was generally based on the same schedule used in the first line up to a maximum of 6 courses. Pts who responded to the 2nd line re-treatment were usually re-treated until a real-DOC resistance appeared (e.g. progressive disease under treatment). Biochemical responses were evaluated according to the PSA WG guidelines, while in the case of measurable disease, RECIST criteria were applied.

**Results:** From January 2002 to December 2008, a consecutive series of 26 pts who responded to the first line DOC, were re-treated. The median age was 70 yrs (range 56-79), median PS was 0 (range 0-1). Ten pts had measurable disease. The first-line DOC consisted of 3-wk schedule in 22 cases and of weekly schedule in 4 cases. Among the 26 pts who received the first re-treatment, 22 pts achieved a biochemical response (85% bRR); after a median treatment-free interval of 26 wks, 15 pts received a second re-treatment with a bRR of 53% (1 pt is ongoing); after a median treatment-free interval of 19 wks, 4 pts received a third re-treatment with a bRR of 50% (1 pt is ongoing); furthermore 2 pts received a fourth re-treatment and 1 pt a fifth re-treatment. Among the 10 pts with measurable disease no progression of the evaluable lesions was observed. After a median follow-up of 26 mos, the median survival was of 27 mos.

**Conclusion:** re-challenge with DOC in pts responders to the first-line DOC is feasible and is able to produce further both biochemical and objective responses. Considering also the encouraging results in terms of survival, re-treatment could be proposed before a second-line once available.

Abstract n. 154 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**RISULTATI E TOLLERABILITÀ DELLA BRACHITERAPIA CON SEMI DI I-125 NEL CARCINOMA PROSTATICO CLINICAMENTE INTRACAPSULARE A BASSO RISCHIO**

Calcagno T.<sup>1</sup>, Capponi G.<sup>1</sup>, Grimaldi A.<sup>2</sup>, Ricci P.<sup>2</sup>, Gambaro M.<sup>3</sup>, Corvisiero R.<sup>3</sup>, Taccini G.<sup>3</sup>, Grillo Ruggieri F.<sup>2</sup>, Maffezzini M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>S.C.Urologia; <sup>2</sup>S.C. Radioterapia; <sup>3</sup>S.C.Fisica Sanitaria

**Obiettivo:** Valutare la tollerabilità a lungo termine dell'impianto prostatico di semi di iodio 125 in pz con carcinoma prostatico intracapsulare.

**Materiale e metodo:** Dal Febbraio 2001 all'Aprile 2009, sono stati sottoposti ad impianto di semi di I-125 un totale di 176 pz. Di questi 85 affetti da carcinoma prostatico clinicamente intracapsulare a basso rischio sono l'oggetto di questo studio. L'età era compresa tra 50 e 84 anni. (età media: 71,79 aa; età mediana: 72 aa)

Alla diagnosi il PSA era compreso tra 3,4ng/ml e 20 ng/ml PSA medio: 7,33ng/ml PSA mediano: 6,87ng/ml. Il punteggio di Gleason biptico era 2+1 / 4+3. La valutazione della tollerabilità è stata eseguita specificamente per i disturbi della minzione valutati tramite il questionario IPSS, pre-impianto, e successivamente a 12, 24, 36, 48 e 60 mesi .

1 pz sono quindi stati suddivisi in 3 categorie in base all'IPSS: punteggio tra 0-7 = paucisintomatici; 8-19 = sintomatologia moderata; 20-35 = sintomatologia intensa.

Il follow-up medio è di 29,33 mesi, mentre il follow-up mediano è di 24 mesi.

**Risultati:** I risultati vengono riportati in tabella.

IPSS	Pre-impianto	12 mesi	24 mesi	36 mesi	48 mesi	60 mesi
	81 pz	65 pz.	57 pz	38 pz	25 pz	3 pz
IPSS 0-7	54 pz (66,66%)	38 pz (58,46%)	27 pz (47,36%)	24 pz (63,15%)	17 pz (68%)	3 pz (100%)
IPSS 8-19	26 pz (32,09%)	19 pz (29,23%)	28 pz (49,12%)	11 pz (28,94%)	7 pz (28%)	
IPSS 20-35	1 pz (1,23%)	8 pz (12,30%)	2 pz (3,50%)	3 pz (7,89%)	7 pz (4%)	

Due pazienti sono deceduti per patologie non correlate con la malattia e tutti gli altri risultano liberi da ripresa biochimica di malattia.

**Conclusioni:** Il follow-up oncologico, a tutt'oggi negativo per l'intero gruppo risente del follow-up relativamente limitato. La tollerabilità riguardo ai disturbi minzionali successivi alla brachiterapia è risultata buona.

Abstract n. 155 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**COMPLICANZE IN CORSO DI TRATTAMENTO CON ANTIANGIOGENICI DEL CARCINOMA RENALE A CELLULE CHIARE METASTATICO: ESPERIENZA DI UN SINGOLO CENTRO**

Caldirolì M., Taborelli A., Marconi A.M.

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi

**Introduzione:** Il tumore renale a cellule chiare (CRCC) è l'istotipo più frequente tra le neoplasie renali. Quando la neoplasia si presenta in forma metastatica (mRCC), la prognosi è infausta ed il trattamento convenzionale con immunoterapici quali IFN e IL-2 non ha dato risultati soddisfacenti sia in termini di sopravvivenza che di controllo della malattia. Gli studi più recenti hanno dimostrato che il mRCC trae beneficio dal trattamento con farmaci inibitori selettivi delle chinasi che agiscono sulla proliferazione cellulare del tumore e sulla angiogenesi: le attuali linee guida raccomandano l'utilizzo di sunitinib e sorafenib come terapia di prima e seconda linea per il trattamento del mRCC. Viene esposta l'esperienza del nostro centro in termini di complicanze secondarie all'utilizzo dei singoli principi attivi.

**Materiale e metodi:** Dal 04/2008 al 03/2009, presso l'U.O. di Urologia, sono stati posti in trattamento per mRCC 20 pazienti (1 femmina, 19 maschi) affetti da mRCC. L'età media dei pazienti trattati è di 69,4 anni (range 58-80). Il follow up medio è stato di 6,4 mesi (range 2-12). A 13/20 pazienti (65%) è stato somministrato sunitinib: a 8/13 (60%) in prima linea, a 5/13 (40%) in seconda linea dopo terapie con IFN (3/5) e con IFN prima e sorafenib poi (2/5). A 7/20 (35%) è stato somministrato sorafenib (sempre in seconda linea).

**Risultati:** In corso di trattamento non sono state segnalate reazioni avverse gravi. Le complicanze minori sono state: astenia marcata in 11/13 pazienti trattati con sunitinib e 6/7 con sorafenib; disturbi gastrointestinali in 9/13 con sunitinib e 4/7 con sorafenib, piastrinopenia in 2/13 con sunitinib e in 1/7 con sorafenib, desquamazione cutanee in 6/13 con sunitinib e 6/7 con sorafenib, alterazione della funzione tiroidea in 2/13 con sunitinib e emorragie 3/13 in terapia con sunitinib. È stato necessario ridurre la dose di terapia in 4/13 pazienti nel gruppo con sunitinib, in 5/7 pazienti con sorafenib; in 1/13 pazienti è stata sospesa la terapia per intolleranza nel gruppo con sunitinib e in 1/7 nel gruppo con sorafenib per sindrome mano-piede e per importante desquamazione cutanea aggravante una estesa manifestazione psoriasica preesistente.

**Conclusioni:** L'impiego di inibitori selettivi di stimolatori della neoangiogenesi ha modificato il trattamento del mRCC: le attua-

li terapie permettono un aumento della sopravvivenza ed un prolungamento dell'intervallo di stabilità di malattia come riportato in letteratura, al costo di una marcata compromissione della qualità di vita del paziente: l'astenia, le problematiche gastrointestinali e, soprattutto, le manifestazioni dermatologiche disturbano il paziente e ne limitano la vita di relazione.

**Abstract n. 156 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Vescica - ore 08.00 Sala Borromeo)**  
**VALORE PROGNOSTICO DELLA FISH URINARIA NEI PAZIENTI CON TUMORE NON MUSCOLO INVASIVO DELLA VESCICA**

**Camponico F.<sup>1</sup>, Capponi G.<sup>1</sup>, Casazza S.<sup>2</sup>, Bandelloni R.<sup>2</sup>, Puntoni M.<sup>3</sup>, Maffezzini M.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>SC Urologia; <sup>2</sup>SC Anatomia Patologica; <sup>3</sup>SC Oncologia Medica"

**Introduzione e Obiettivi:** L'indagine biomolecolare FISH (Fluorescence in situ hybridisation) applicata alle cellule uroteliali urinarie permette di riconoscere anomalie cromosomiche associate al carcinoma transizionale della vescica. L'impiego della FISH urinaria è stato studiato prevalentemente nella diagnosi e nel follow-up dei tumori non muscolo invasivi, mostrando una più elevata sensibilità rispetto alla citologia urinaria, soprattutto nel riconoscimento delle neoplasie di basso grado G1-G2 (1). Alcuni studi recenti hanno evidenziato una ulteriore applicazione della FISH: il riconoscimento dei pazienti a basso ed alto rischio di sviluppare recidiva o progressione (2). Nel nostro studio abbiamo considerato retrospettivamente una serie consecutiva di pazienti con diagnosi di neoplasia vescicale non muscolo invasiva valutando l'associazione tra FISH negativa e due livelli di positività FISH (a basso ed alto rischio) vs l'evento clinico (recidiva o progressione).

**Metodi:** Dal maggio 2003 al giugno 2008, 152 pz con sospetta neoplasia vescicale hanno eseguito la FISH. Tra questi sono stati selezionati solo i pazienti con neoplasia vescicale non muscolo invasiva accertata mediante TURB (126 pz), ed esclusi i pz con Cis (11), neoplasia muscolo-invasiva (5), neoplasia dell'alta via urinaria (6) e 4 pz persi al follow-up. I campioni di urina sono stati sottoposti al test Urovysion per la ricerca di anomalie dei cromosomi 3,7,17 e locus genico 9p21.

In base all'esito i pazienti sono stati divisi nel gruppo con positività a basso rischio (locus 9p21 e/o cr 3) e alto rischio (cr 3 e/o cr 17) e osservati ad un follow-up medio di 31 mesi (range 6-60 m). È stato considerato anche il follow-up di un gruppo di 53 pazienti con anamnesi di neoplasia non muscolo-invasiva e FISH negativa.

**Risultati:** Nel gruppo di pz con FISH ad alto rischio si sono verificati 20/39 (51%) eventi clinici (15 recidive e 7 progressioni), nel gruppo a basso rischio 12/34 (35%) (9 recidive e 3 progressioni) e nel gruppo a FISH negativa 14/53 (26%) (10 recidive e 4 progressioni). Al termine del follow-up la cistectomia è stata eseguita in 6 pazienti con FISH positiva e in 2 pz con iniziale FISH negativa e successivamente positivizzata. Il rischio di evento clinico (HR) è stato stimato in 1,5 nei pazienti con FISH a basso rischio e 1,9 nei pazienti ad alto rischio.

**Conclusioni:** La positività del test FISH nelle urine evidenzia un aumento del rischio di eventi clinici (recidiva o progressione), inoltre, il rischio si dimostra significativamente maggiore per la presenza del cromosoma 7 e/o 17 (alta positività). I pazienti questo pattern devono essere attentamente monitorati per il rischio di progressione.

**Bibliografia**

1. Capponi G, Casazza S, Camponico F, Bandelloni R, Maffezzini M: A prospective comparison using fluorescence in situ hybridisation and cytology. *Eur Urol Suppl* 2007; 120.

2. Mian C, Lodde M, Compjog E, Lusuardi L, Palermo S, Mian M, Maier K, Picha A: Multiprobe fluorescence in situ hybridisation: prognostic perspectives in superficial bladder cancer. *J Clin Pathol* 2006;59:984-987.

Abstract n. 157 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE DI NEOPLASIA GERMINALE RETROPERITONEALE EXTRAGONADICO: PRESENTAZIONE DI UN CASO**

**Carchedi M.<sup>1</sup>, Negro C.<sup>1</sup>, Destefanis P.<sup>1</sup>, Bisconti A.<sup>1</sup>, Bosio A.<sup>1</sup>, Liberale F.<sup>1</sup>, De Maria C.<sup>1</sup>, Cugiani A.<sup>1</sup>, Buffardi A.<sup>1</sup>, Schillaci C.<sup>1</sup>, Lista P.<sup>2</sup>, Chiappino I.<sup>2</sup>, Ciuffreda L.<sup>1</sup>, Fontana D.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2, Ospedale San Giovanni Battista Molinette, Torino; <sup>2</sup>Divisione di Oncologia 1, Ospedale San Giovanni Battista Molinette, Torino

**Introduzione:** I tumori a cellule germinali ad origine extragonadica sono relativamente rari, rappresentando l'1-5% di tutti i tumori a cellule germinali. Il loro istotipo varia ampiamente come la loro sede di origine. Nell'adulto la sede retroperitoneale secondo alcuni autori rappresenterebbe solo la sede di metastasi di tumori testicolari misconosciuti.

**Metodi:** Presentiamo il caso di un paziente di 64 anni giunto alla nostra osservazione per lesione di 15 cm in loggia renale destra estesa cranialmente sino al diaframma indovata nel parenchima epatico del lobo di destra, comprimente il gruppo caliceale inferiore. Sottoposto a biopsia ecoguidata si evidenziava neoplasia a cellule germinali (seminoma).

Ha quindi eseguito ecotomografia scrotale con evidenza di ipocogenicità dei 2/3 inferiori del didimo destro con calcificazioni nel contesto e markers tumorali ( $\beta$ -HCG 255UI/L).

Sottoposto quindi a orchifunicolectomia destra, l'esame istologico evidenziava un'area di fibro-sclerosi cicatriziale e microcalcificazioni. Successivamente, in seguito alla comparsa di iperbilirubinemia da compressione, è stata posizionata endoprotesi biliare e successivamente 5 cicli chemioterapia (CT) con JM8+bleomicina, seguiti da 3 cicli con schema EP. Alla successiva TC riduzione del volume della massa e normalizzazione dei markers. A circa 1 mese dal termine della CT, comparsa di ascesso epatico trattato con drenaggio percutaneo e terapia antibiotica. Alla PET-TC presenza di accumulo del radiofarmaco a livello della loggia reno-surrenalica.

Sottoposto quindi a linfadenectomia retroperitoneale con asportazione delle masse residue, nefro-surrenectomia destra e resezione atipica del fegato.

**Risultati:** L'esame istologico ha confermato la diagnosi di seminoma. Il decorso post-operatorio è stato caratterizzato dalla comparsa in IX gpo di ematemesi, emobilia e melena con shock emorragico. All'EGDS evidenza di ulcera bulbare (con fondo fibrinoso) + gemizio ematico dalla via biliare. Eseguita TC addome con evidenza di spandimento ematico in fase arteriosa a livello epatico, verso la via biliare. Sottoposto quindi ad embolizzazione arteriosa di pseudoaneurisma del ramo arterioso destro dell'arteria epatica, e sostituzione della protesi biliare con uno stent interno-esterno. Attualmente il paziente è vivo e libero da malattia.

**Conclusioni:** La gestione di pazienti adulti con neoplasie germinali extragonadiche risulta spesso molto difficile per l'estensione e l'aggressività della malattia. L'approccio chirurgico, da intraprendere dopo il trattamento chemioterapico qualora non sia presente una risposta completa, può rappresentare il trattamento risolutivo, anche se si tratta di procedure estremamente complesse e non prive di complicanze.

Abstract n. 158 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**PARAGANGLIOMI DELL'APPARATO GENITO-URINARIO**

**Carmignani L.<sup>1</sup>, Colombo R.<sup>2</sup>, Picozzi S.<sup>1</sup>, Maccagnano C.<sup>2</sup>, Montorsi F.<sup>2</sup>, Rigatti P.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia, IRCCS Policlinico San Donato, Università di Milano; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, IRCCS San Raffaele, Università Vita-Salute, Milano

**Introduzione e obiettivo:** Il paraganglioma è un raro tumore che origina dalla derivazione neuro-ectodermica delle cellule paragangliari dell'organismo. Questa neoplasia può riscontrarsi in tutte le aree del corpo dove il tessuto paragangliare è presente. I paragangliomi, dal 10 al 20% dei casi presentano una localizzazione extrasurrenalica e meno dell'1% si localizzano in sede vescicale. Obiettivo dello studio è la valutazione dell'esordio della malattia, della diagnosi, del trattamento e del follow-up nei pazienti affetti da forme dell'apparato genito-urinario.

**Materiali e Metodi:** Dal gennaio 1998 all'Ottobre 2008 tutti i pazienti afferenti presso le Nostre Strutture con diagnosi di paraganglioma sono stati retrospettivamente rivalutati. Dei pazienti affetti da forme a localizzazioni genito-urinarie è stata analizzata la sintomatologia d'esordio, la fase diagnostica, il trattamento chirurgico (conservativo o demolitivo) ed il follow-up a lungo termine (range 5-120 mesi; media: 62.5 mesi).

**Risultati:** In totale, 6 pazienti risultavano affetti da paraganglioma a localizzazione genito-urinarie, di cui 4 in sede vescicale, 1 a livello dell'ilo renale destro e 1 in sede testicolare sinistra.

Di questi pazienti quattro hanno presentato la classica sintomatologia relativa alla ipersecrezione di catecolamine, assente nei rimanenti due casi (1 a localizzazione testicolare e 1 vescicale). La forma urinaria si è manifestata in tre casi con macroematuria, risultata assente in un caso di paraganglioma a localizzazione sottomucoosa. In 4 casi, la diagnosi pre-operatoria di paraganglioma era stata posta sulla scorta del dosaggio della metanefrine urinarie.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad esame ecografico addominale standard e TC addome con MDC. Una più precisa localizzazione della malattia è stata data in un caso dalla RM. Tutti i pazienti hanno subito un intervento chirurgico di tipo conservativo: 3 cistectomie parziali, una TUR vescicale, 1 tumorectomia testicolare, 1 exeresi di neoformazione dell'ilo renale e consensuale autotrapianto del rene. Dei 4 pazienti affetti dalla forma vescicale, due sono andati incontro ad intervento di resezione endoscopica della neoplasia per via trans uretrale (in un caso macroscopicamente radicale) e nei tre restanti casi la terapia chirurgica adottata è stata la emicistectomia.

Il follow-up eseguito sia con esami ematochimici che con tecniche d'imaging e di medicina nucleare ha rilevato in un solo paziente la comparsa di lesioni a carico del pancreas e del terzo distale dell'esofago, risultati essere anche loro paragangliomi.

**Conclusioni:** Non tutti i paragangliomi dell'apparato genito-urinario presentano una sintomatologia da ipersecrezione di catecolamine che, qualora presente, ne pone il sospetto. Raramente tali lesioni si presentano con caratteristiche di malignità (rari casi riportati in letteratura). In questa casistica, seppur limitata, il trattamento chirurgico conservativo con tecniche organ-sparing si è rivelato oncologicamente risolutivo in assenza di recidive a lungo termine.

Abstract n. 160 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escretrice - ore 14.00 Sala Sforza)

**RESEZIONE ENDOSCOPICA DI NEOPLASIA VESCICALE IN PAZIENTI IN DOPPIA TERAPIA ANTIAGGREGANTE (CAR-DIOASPIRINA + CLOPIDOGREL)**

**Carmignani L., Picozzi S., Stubinski R., Bozzini G., Lunelli L., Marengi C., Arena D.**

Divisione Universitaria di Urologia, IRCCS Policlinico San Donato, Università di Milano

**Introduzione e obiettivo:** Lo stenting coronarico prevede un periodo successivo di doppia terapia antiaggregante con aspirina e clopidogrel, che nel caso dei drug-eluting-stent (DES) si protrae per almeno 12 mesi. È stato stimato che circa il 5% dei pazienti sottoposti a stenting coronarico vanno incontro ad una procedura chirurgica non cardiaca entro i 12 mesi successivi. In caso di patologie oncologiche, l'intervento chirurgico non è procrastinabile, nonostante l'elevato rischio di sanguinamento intraoperatorio e di complicanze tromboemboliche dello stent. Obiettivo del lavoro è stata la valutazione del decorso clinico in pazienti in terapia antiaggregante sottoposti ad intervento di resezione trans-uretrale di neoplasia vescicale.

**Materiali e Metodi:** Dal Settembre 2007 al settembre 2008, 10 pazienti sottoposti nei 12 mesi precedenti a stenting coronarico con DES e 1 paziente sottoposto a stenting dell'arteria femorale con DES con doppia terapia antiaggregante in corso sono stati sottoposti ad intervento di resezione trans-uretrale di neoplasia vescicale. Di questi 2 sono stati effettuati in regime di "urgenza" per importante macroematuria. Sono state valutate le perdite ematiche intraoperatorie (differenza dei valori di emoglobina pre e post-operatoria), la durata dell'intervento, le complicanze intra e post operatorie, il tempo alla sospensione del lavaggio e le giornate di ricovero.

**Risultati:** L'emoglobina pre-operatoria media è pari a 11.4 g/dl. I valori di emoglobina postoperatori in 1° giornata sono pari a 10.9 g/dl. Nei due interventi eseguiti in regime di urgenza sono state trasfuse in totale 7 sacche di emazie concentrate e 6 di pool piastrinico nel periodo pre ed intraoperatorio. La durata media dell'intervento è stata di 36 minuti (range 20 - 60 min). Non si sono verificate complicanze cardiache e tromboemboliche nel periodo peri-operatorio. Il lavaggio vescicale è stato mantenuto in media per 3 giorni (range 2-4 gg). La durata media del ricovero è stata di 4 giorni. Nel postoperatorio, 3 pazienti dopo la rimozione del catetere hanno avuto un episodio di ritenzione di urine da coaguli. In due casi è stato necessario un nuovo ricovero dei pazienti. In due casi, il catetere è stato rimosso a 5 giorni dalla dimissione a causa della estensione della resezione per evitare sovradistensione vescicale e conseguente sanguinamento senza alcuna complicanza.

**Conclusioni:** La chirurgia oncologica endoscopica su questi pazienti non risulta essere rinviabile e deve essere eseguita in doppia antiaggregazione quando possibile. La sospensione di uno qualsiasi dei due antiaggreganti comporterebbe un incremento del rischio operatorio cardiologico secondario a trombosi dello stent, ma al contrario il loro mantenimento comporterebbe un incremento del rischio chirurgico secondario al possibile sanguinamento.

Abstract n. 161 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**CHIRURGIA UROLOGICA ONCOLOGICA MAGGIORE IN PAZIENTI AD ALTISSIMO RISCHIO CARDIOLOGICO**

**Carmignani L., Picozzi S., Stubinski R., Bozzini G., Lunelli L., Marengi C., Arena D.**

Divisione Universitaria di Urologia, IRCCS Policlinico San Donato, Università di Milano

**Introduzione e obiettivo:** Obiettivo del lavoro è la valutazione dell'outcome dell'intervento chirurgico maggiore in termini di complicanze a breve e lungo termine in pazienti ad elevatissimo rischio operatorio cardiologico.

**Materiali e Metodi:** La stratificazione secondo la classe di rischio

è stata effettuata con visita specialistica cardiologica secondo le linee guida AHA (American Heart Association) e ACC (American College of Cardiology). La valutazione del rischio cardiologico secondo i fattori predittivi clinici di morte perioperatoria, infarto miocardico e scompenso cardiaco, ha classificato il paziente in una classe ad elevato rischio per angina instabile (1 pz), per recente infarto miocardico con ischemia residua (1 pz), per severa valvulopatia (1 pz), per frazione di eiezione inferiore al 35% (7 pz) (media 28%; range 25%-33%) e per la presenza in tutti i pz di multipli rischi intermedi (pregresso scompenso cardiaco, pregresso infarto miocardico, insufficienza renale cronica e diabete mellito). La stima dei MET per la valutazione della capacità funzionale (Metabolic Equivalent adattati dal Duke Activity Status Index) era per tutti i pazienti inferiore a 4 per la riduzione della loro attitudine ad eseguire le attività quotidiane più semplici, camminare o fare un piano di scale. Dal settembre 2007 al marzo 2008, 10 pazienti ad elevatissimo rischio cardiologico sono giunti presso la nostra Struttura per la comparsa di importanti sintomatologia legata alla patologia oncologica di base. Tre pazienti erano stati giudicati inoperabili presso altre strutture. Le patologie oncologiche e i rispettivi trattamenti chirurgici sono stati: 6 neoplasie del parenchima renale, trattate in 4 casi con nefrectomia radicale e in 2 casi con nefrectomia parziale, 1 neoplasia uroteliale dell'alta via escretrice trattata con nefro-ureterectomia, 1 neoplasia squamocellulare del pene trattata con penectomia parziale e 2 neoplasie vescicali infiltranti sottoposte a cistectomia radicale. Le complicanze perioperatorie, il tempo di permanenza in terapia intensiva, il tasso trasfusionale e le giornate di degenza sono state valutate.

**Risultati:** Il tempo di permanenza medio in terapia intensiva è stato di 56 ore (range 24-120 ore). 15 sacche di emazie concentrate sono state trasfuse a 5 pazienti. La degenza media è stata di 11,5 giorni (range 7-22 gg). In un paziente si è verificato un episodio di insufficienza respiratoria e IMA a 2 gg dalla procedura chirurgica. In un caso si è verificato un episodio di infezione di ferita. Ad un follow-up medio di 15 mesi (range 12-19 mesi), 1 paziente sottoposto a nefro-ureterectomia è deceduto per problematiche cardiologiche e un paziente sottoposto a cistectomia radicale per progressione di malattia. I rimanenti 7 pazienti hanno una situazione cardiaca stabile e nessuno ha progressione di malattia.

**Conclusioni:** La chirurgia in pazienti ad elevato rischio cardiologico è gravata da un alto tasso di complicanze perioperatorie. Questi pazienti spesso giudicati inoperabili presso alcune Strutture, in Centri ad elevata competenza cardiologica trovano la possibilità di essere assistiti da equipe pronte alla loro gestione pre, intra e post-operatoria con particolare attenzione alle complicanze cardiache che si possono verificare.

Abstract n. 162 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### **CISTOSCOPIA A FLUORESCENZA CON ESAMINOLEVULINATO NELLA DIAGNOSI E NEL FOLLOW UP DELLE NEOPLASIE VESCICALI**

**Cracco C.M.<sup>1</sup>, Poggio M.<sup>1</sup>, Grande S.<sup>1</sup>, Di Stasio A.<sup>1</sup>, Cossu M.<sup>1</sup>, Scoffone C.M.<sup>1</sup>, Scarpa R.M.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>S.C.D.U. Urologia, Università di Torino, A.O.U. San Luigi Gonzaga, Orbassano (Torino)

**Introduzione e Obiettivi:** La cistoscopia a fluorescenza con esaminolevulinato si propone di migliorare sensibilità e specificità della cistoscopia a luce bianca nella diagnosi e nel follow up delle neoplasie vescicali, in particolare della displasia di alto grado e del carcinoma in situ. Riportiamo qui la nostra esperienza nell'utilizzo di questa metodica.

Metodi: 63 pazienti (47 maschi e 16 femmine, età media 67.9 an-

ni, range 35-83 anni) con sospetta neoplasia vescicale (macroematuria in forti fumatori e/o professione a rischio con citologia urinaria positiva per atipie) o precedente storia di neoplasia vescicale sono stati sottoposti presso il nostro centro a cistoscopia a luce bianca e a contestuale cistoscopia a fluorescenza con esaminolevulinato. Un'ora prima della procedura 50 ml di soluzione fisiologica isotonica contenente esaminolevulinato 85 mg sono stati instillati in vescica. Sono quindi stati eseguiti prelievi biotici con relettore bipolare o con pinza di tutte le lesioni sospette, o alla sola luce bianca (LB+) o alla sola fluorescenza (PDD+), o ad entrambe (LB+/PDD+). Sono stati effettuati 82 prelievi biotici e 9 cistoscopie semplici, per un totale di 91 procedure.

**Risultati:** Delle 91 procedure, 51 (56%) sono state le lesioni positive e 40 (44%) quelle negative alla luce bianca. Delle stesse, 72 (79%) sono state le lesioni positive e 19 (21%) quelle negative alla fluorescenza. La cistoscopia a luce bianca ha trovato 32 casi di neoplasia/displasia, quella a fluorescenza gli stessi, più altri 14 (di cui 6 Cis), con un guadagno diagnostico del 19.4%. I casi LB+/PDD+ sono stati 46, di cui 45.7% neoplasia, 23.9% displasia e 30.4% flogosi di vario grado. I casi LB-/PDD+ sono stati 26, di cui 27% neoplasia (soprattutto Tis), 27% displasia e 46% flogosi. I casi LB+/PDD- sono stati 5, tutti con istologico negativo (flogosi). I casi LB-/PDD- sono stati 14, di cui i primi 4 con istologico negativo per recidiva e i successivi 9 solo in cistoscopia semplice.

**Conclusioni:** La cistoscopia a fluorescenza con esaminolevulinato è una nuova metodica che permette di aumentare la sensibilità diagnostica della cistoscopia tradizionale a luce bianca, nella diagnosi e nel follow up delle neoplasie vescicali. In particolare, non sono stati trovati falsi negativi alla cistoscopia a fluorescenza (anche in caso di dubbio alla luce bianca). I falsi positivi della cistoscopia a fluorescenza (36.1%) sono sovrapponibili a quelli della sola cistoscopia a luce bianca (37.2%). Esiste invece un evidente guadagno diagnostico (quasi del 20%), clinicamente rilevante in quanto attiene soprattutto Cis e displasie di alto grado.

Abstract n. 163 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

#### **PROSTATECTOMIA RADICALE PERINEALE. RAZIONALITÀ DI TALE PERCORSO.**

**Cucchiare G., Milan G.L., Mascarini G., Ferrando U.**

S.C.Urologia 3 Ospedale S.G.Battista – Molinette-Torino Unità Funzionale Di Urologia - Clinica Cellini – Torino

**Scopo del lavoro:** L'esigenza sempre più sentita dell'Urologia moderna di adottare tecniche chirurgiche le meno invasive possibili, nell'assoluto rispetto della radicalità oncologica, con attenzione massima alla qualità di vita in termini di preservazione della potenza sessuale e della continenza urinaria senza perdere di vista i costi delle procedure, hanno reso quanto mai attuale e moderna la tecnica chirurgica di ablazione radicale della ghiandola prostatica per via perineale.

La prostatectomia radicale è considerata il gold standard nel trattamento del carcinoma prostatico. A fianco della prostatectomia con classico accesso retropubico ed alla continua diffusione della tecnica laparoscopica, si riafferma la prostatectomia perineale come trattamento d'elezione per pazienti con carcinoma localizzato.

Scopo di questo lavoro è presentare la nostra esperienza nell'esecuzione della prostatectomia radicale con accesso perineale ed evidenziarne i vantaggi in termini di controllo della malattia, tempi chirurgici e di ospedalizzazione, ponendosi a metà fra l'accesso retropubico e la confidenza dell'urologo con la chirurgia aperta, e la tecnica laparoscopica con la ottima visualizzazione e preservazione delle strutture anatomiche e la ridotta morbilità post-chirurgica.

**Materiali e Metodi:** Dal 1998 al 2009 sono state eseguite c/o il nostro centro, 243 prostatectomie perineali.

Età: media 63 aa (range 52-77).

PSA: medio 6.73 ng/ml (range 1.2-10).

G.S. pre-operatorio: medio 6 (4-7)

G.S. definitivo: medio 6.7 (range 5-9)

**Risultati:**

Tempi chirurgici: media 80 min (range 50-140 min)

Ospedalizzazione media: 4.5 giorni (range 4-8 giorni)

Cateterizzazione media: 10 giorni (range 8-15 giorni)

Complicanze: Infrazione del retto: 4, Revisione chirurgica per ematoma: 1

Necessità di emotrasfusione: 18%

Problemi di ferita chirurgica: 9%

Stenosi uretrale: 1.5 %

Incontinenza lieve: 20%

Incontinenza fecale 0 %

Discussione: Indiscussi ed evidenti sono i vantaggi della prostatectomia radicale con accesso perineale:

- Minor invasività (il perineo è la via d'accesso di elezione per la prostata)
- Percorso anatomico (precisa evidenziazione delle strutture anatomiche)
- Agevole emostasi (poche strutture vascolari e facilmente agredibili)
- Agevole realizzazione dell'anastomosi vescico-uretrale (in un piano assolutamente superficiale e direttamente sotto vista)
- Agevole visualizzazione dei bundles nervosi e delle vescicole seminali
- Percorso adatto alla gran parte dei pazienti
- Ridotti tempi chirurgici
- Possibilità di effettuazione in anestesia spinale
- Breve curva d'apprendimento
- Spese di realizzazione ridotte all'"essenziale"

Messaggio conclusivo: La prostatectomia radicale perineale, rispetto alle più diffuse tecniche open e laparoscopiche, offre una sintesi dei vantaggi offerti dalle singole tecniche, magnificati dai bassissimi costi di realizzazione.

Abstract n. 164 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**PROSTATECTOMIA RADICALE. BENDAGGIO DELL'ANASTOMOSI VESCICO-URETRALE IN PAZIENTI A MAGGIOR RISCHIO DI INCONTINENZA URINARIA**

**Cucchiare G., Milan G.L., Mascari G., Ferrando U.**

S.C.Urologia 3 Ospedale S.G.Battista - Molinette-Torino - Unità Funzionale Di Urologia Clinica Cellini - Torino

Esigenza sempre più sentita dell'Urologia moderna: tecniche chirurgiche meno invasive; rispetto della radicalità oncologica; attenzione alla qualità di vita (potenza sessuale e continenza urinaria); attenzione ai costi delle procedure. Ciò ha reso quanto mai attuale e moderna la tecnica chirurgica di ablazione radicale della ghiandola prostatica per via perineale.

Tecnica chirurgica.

Posizione litotomica. Catetere vescicale. Incisione ad U rovesciata del perineo anteriore tra le due tuberosità ischiatiche. Superata l'aponeurosi perineale superficiale si espone il "centro tendineo" del perineo ed, ai lati di esso, il cosiddetto "triangolo del taglio" (medialmente m. bulbocavernoso, lateralmente m. ischiocavernoso, in basso m. trasverso superficiale del perineo). Preparazione per via smussa dei due triangoli nei quali facilmente entrano due dita della mano sinistra che abbassano il

piano perineale e rendono più evidente il "centro tendineo". Sezione del centro tendineo rasentando in alto il muscolo bulbouretrale fino all'uretra membranosa in prossimità dell'apice prostatico. Il complesso sfinterico anale cade verso il basso ed il muscolo bulbouretrale si sposta verso l'alto. La parete del retto è adesa alla capsula prostatica ad opera del muscolo rettouretrale. Si seziona parte del muscolo rettouretrale avanzando in profondità. La parete rettale "cade" in basso ed è possibile procedere nello scollamento fino ad esporre il piano delle vescicole seminali. Esposte in progressione: uretra membranosa, parte posteriore della capsula prostatica coperta dalla aponeurosi di Denonvillier, vescicole seminali (nel caso di intervento "nerve-sparing" si incide la lamina di Denonvillier sulla linea mediana e per via sottofasciale si prepara la faccia posteriore della prostata e l'uretra membranosa rispettando i fasci neuro-vascolari diretti ai corpi cavernosi). Sospensione dell'uretra membranosa a raso dell'apice prostatico. Sezione della parete posteriore dell'uretra esponendo ed esteriorizzando il catetere vescicale dopo averlo sezionato. Preparazione, per via smussa, della parete anteriore della capsula prostatica per via sottofasciale (f. endopelvica) evitando il complesso venoso dorsale. Si arriva sul collo vescicale anteriormente e lo si incide. Esteriorizzazione verso l'alto del catetere di Foley. Trazione della parete anteriore della prostata con esposizione del labbro posteriore del collo vescicale, inciso profondamente. Esso viene sollevato verso l'alto preparando per via smussa il piano di clivaggio tra la parete posteriore del detrusore e le vescicole seminali. Collo e vescica, re-tratti verso l'alto, espongono i deferenti con l'ampolla, le vescicole seminali, i peduncoli vascolari prostatici (ramo prostatico dell'arteria vescicale inferiore) sezionati tra clips. Una leggera trazione sul blocco prostatico evidenzia anche apice e peduncolo vascolare delle vescicole seminali sezionato tra clips. Legati e sezionati i deferenti. Rimozione del blocco prostato-vescicolare. Sutura tra uretra membranosa e collo vescicale sotto perfetto controllo visivo in un piano assolutamente superficiale. Anastomosi a punti staccati. Primo punto alle ore 12 subito anodato. Quindi alle ore 3, 9 e 6 previo posizionamento di catetere tre vie. Drenaggio. Ricostruzione del piano perineale.

Abstract n. 166 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**PROSTATECTOMIA RADICALE. BENDAGGIO DELL'ANASTOMOSI VESCICO-URETRALE IN PAZIENTI A MAGGIOR RISCHIO DI INCONTINENZA URINARIA. RISULTATI**

**Cucchiare G., Milan G.L., Mascari G., Ferrando U.**

S.C.Urologia 3 - Ospedale S.G.Battista-Molinette-Torino - Unità Funzionale Di Urologia Clinica Cellini - Torino

**Scopo del lavoro:** La chirurgia radicale in pazienti sottoposti a precedente chirurgia disostruttiva o a trattamento primario per Ca prostatico (radioterapia, HIFU, ..) è gravata da una maggior percentuale di complicanze post chirurgiche in termini di incontinenza urinaria e di possibile ritardato consolidamento dell'anastomosi vescico-uretrale. La tecnica chirurgica da noi adottata ci ha consentito di raggiungere ottimi risultati per quanto riguarda questi due aspetti.

**Tecnica chirurgica:** Prostatectomia radicale retropubica classica. Nella maggior parte dei pazienti lo scollamento della ghiandola dai tessuti periprostatici risultata essere più difficoltosa per le aderenze post chirurgiche o per la diversa consistenza e trofismo tissutale.

Prima della realizzazione della classica anastomosi vescico-uretrale a punti staccati, una benderella di Intexen® viene posizionata sulla faccia anteriore del retto e stabilizzata in posizione mediana con un punto riassorbibile subito al di sotto dell'estremo prossimale dell'uretra. Realizzata l'anastomosi la benderella



viene "avvolta" attorno ad essa ed i suoi due estremi solidarizzati tra loro. Una "cravatta" avvolge come un regolare manicotto circolare la anastomosi vescico-uretrale, rinforzandola ed avvolgendola ab estrinseco.

**Materiali e Metodi:** Dal dicembre 2006 al marzo 2009 sono state da noi eseguite, 36 prostatectomie radicali con bendaggio dell'anastomosi vescico-uretrale, in pazienti precedentemente sottoposti a trattamenti prostatici..

TURP: 23 Adenomectomia prostatica transvescicale: 7

Radioterapia per Ca 3 Trattamento HIFU 3

Età media: 68.36 (60-73)

PSA: medio 13.78 ng/ml (range 0.35-75).

G.S. pre-operatorio: medio 6.6 (6-8)

G.S. definitivo: medio 7.2 (range 6-9)

La chirurgia radicale è stata eseguita a distanza variabile dal precedente trattamento ed in un range temporale compreso tra 2 e 144 mesi. In alcuni pazienti era presente, prima del trattamento radicale, una incontinenza urinaria residua al precedente trattamento.

**Risultati:** Infrazione del retto: 1 .Stenosi anastomosi uretrale: 2. Continenza alla rimozione del catetere: 27 pazienti sono risultati continenti già alla rimozione del catetere vescicale. Di questi 3 hanno necessitato di un periodo di cateterizzazione più prolungato per la presenza, nell'immediato post operatorio di sintomatologia districo/ostruttiva.

**Discussione:**

L'attenzione viene particolarmente rivolta alla continenza urinaria che, nella nostra esperienza, viene raggiunta più precocemente rispetto a quanto riportato in letteratura (incontinenza dopo chirurgia radicale 6-18 % a seconda delle casistiche, percentuale ancora superiore dopo precedenti trattamenti prostatici).

**Messaggio conclusivo:** Il bendaggio perianastomotico con materiale biocompatibile Intexen®, determinando un aumento ab estrinseco delle resistenze a livello del collo vescicale e del primo tratto dell'uretra, ha consentito di ottenere un buon consolidamento tissutale ed un precoce raggiungimento della continenza urinaria in una categoria di pazienti particolarmente a rischio.

Abstract n. 167 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**RIPRESA BIOLOGICA DI MALATTIA DOPO TRATTAMENTO PRIMARIO DEL CARCINOMA PROSTATICO. CHIRURGIA DI SALVATAGGIO. PRIMI RISULTATI E PRIMI INTERROGATIVI**

**Cucchiareale G., Milan G.L., Mascarini G., Ferrando U.**  
S.C. Urologia 3 Ospedale S.G. Battista Molinette Torino - Unità Funzionale Di Urologia Clinica Cellini Torino

**Introduzione:** La ripresa biologica di malattia del carcinoma prostatico è una problematica che dobbiamo affrontare sempre più frequentemente in una popolazione maschile già sottoposta a trattamento primario per tale patologia.

I percorsi di cura primari del CAP sono diversi rapportati alla impostazione "culturale" delle molteplici scuole urologiche ed alla stadiazione oncologica: prostatectomia radicale associata o meno a linfadenectomia di staging effettuata con diversi approcci chirurgici, RT, brachiterapia, HIFU, BAT.

Tutti i percorsi terapeutici possono essere complicati da ripresa biologica di malattia a breve o a lunga distanza. In caso di incremento dei valori di PSA possiamo focalizzare in modo sempre più preciso la sede della secondarietà oncologica con TC PET con colina, RM con bobina endorettale e spettroscopia, biopsia eco e/o RM guidata.

L'identificazione dei nuovi focolai di malattia tumorale può permettere ulteriori percorsi di chirurgia "radicale" di salvataggio.

Questa chirurgia di salvataggio non deve essere vissuta come

una terapia del PSA ma come un obiettivo di debulking oncologico per permettere l'inserimento del paziente in nuovi percorsi terapeutici (chemioterapia – immunoterapia) dove il farmaco si troverebbe a lottare contro un numero più esiguo di cellule con un migliore controllo della malattia stessa.

Seguendo questa nuova impostazione comportamentale abbiamo attivato una chirurgia radicale di salvataggio in pazienti che avevano evidenziato una ripresa biologica di PSA dopo precedenti E DISOMOGENI percorsi terapeutici.

**Materiali e Metodi:** Dal luglio 2007 sono stati inseriti nel nostro studio sei pazienti. Tutti presentavano ripresa biologica di malattia e ripresa di malattia evidenziata alla TC PET in sede linfonodale e/o prostatica dopo trattamento primario radioterapico, chirurgico, ormonale, HIFU.

I pazienti sono stati sottoposti a linfadenectomia radicale allargata estesa dai vasi renali alle fosse otturatorie ed a prostatectomia radicale (se prima non effettuata).

In tutti i pazienti l'esame istologico documentava presenza di malattia neoplastica nei tessuti asportati.

**Risultati:** Il gruppo di pazienti in discussione è disomogeneo per i punti di partenza ma è omogeneo nelle finalità e negli Obiettivi preposti: in tutti i pazienti si è verificato, infatti, un azzeramento del PSA post operatorio.

Non si sono verificate significative complicanze chirurgiche.

**Discussione:** I risultati ottenuti, pur con l'esiguità della casistica e la relativa brevità del follow-up, ci incoraggiano nel proseguimento di questo nuovo percorso.

**Messaggio conclusivo:** Alla luce delle nuove tecniche diagnostiche, delle mutate tecniche chirurgiche ed anestesilogiche e degli incoraggianti studi in campo immunologico ed oncologico ci sembra riduttivo arrendersi di fronte all'incremento di un marcatore.

Riteniamo che, se le condizioni generali del paziente lo consentono, una radicalità chirurgica di salvataggio possa essere terapeutica e propedeutica ad ulteriori percorsi di contenimento dell'evoluzione tumorale.

Abstract n. 168 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.00 Sala Sforza)  
**ABLAZIONE PERCUTANEA CON RADIOFREQUENZA (APR) ECOGUIDATA DI PICCOLE LESIONI RENALI NEI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO: 5 ANNI DI FOLLOW UP**

**Brausi M.<sup>1</sup>, Gavioli M.<sup>1</sup>, Peracchia G.<sup>1</sup>, De Luca G.<sup>1</sup>, Verrini G.<sup>1</sup>, Viola M.<sup>1</sup>, Simonini G.<sup>1</sup>, Giliberto G.L.<sup>1</sup>, Ferrari F.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>U.O. di Urologia AUSL Modena-Carpi; <sup>2</sup>U.O. di Radiologia Ospedale B.Ramazzini Carpi

**Introduzione e Obiettivi:** L'APR sotto guida ecografica è una possibile opzione terapeutica in pazienti selezionati affetti da piccole masse renali. Tuttavia pochi Centri hanno riportato i dati a lungo termine (> 5 anni) con questa tecnica. L'obiettivo di questo studio è stato valutare la percentuale di risposta e la progressione tumorale nel tempo nei gruppi di pazienti ad alto rischio

**Materiali e Metodi:** Nel nostro centro dal 2002 al 2005 22 ptz non eleggibili per la chirurgia sono stati trattati con APR. Tutte le masse renali sono state diagnosticate tramite esame ecografico e confermate alla TAC. L'età media dei pazienti è stata di 77,4 anni, il diametro medio del tumore era 2,7 cm. La lesione era localizzata nel rene destro in 13/22 pts e nel rene sinistro in 9/22 pts. L'APR è stata eseguita utilizzando il generatore di radiofrequenza RITA 1500x (medical System) con ago di 14 Gouge a 9 punte lungo 15 cm (Star burst XL). La temperatura liberata nella lesione renale è stata di 100° C. La procedura è stata eseguita in regime di ricovero ordinario, su guida ecografia, in anestesia locale (lidocaina al 2% lungo il tragitto). Un paziente ha ricevuto la procedura in anestesia generale poiché non tollerata in

locale. La durata del trattamento è stata di 18-30 min. I pazienti sono stati seguiti con TAC ogni 3 mesi per il primo anno ed ogni 6 mesi successivamente. Sono state considerate risposte la scomparsa della massa renale e/o l'assenza di enhancement nella lesione alla TAC. Il follow up medio è stato di 64 mesi (range 36-84 mesi).

**Risultati:** 2/22 pazienti (10%) non furono trattati per impossibilità dell'accesso per cutaneo alla massa in 2 localizzazioni: (1) polo superiore (1) polo inferiore del rene sinistro. 4/20 pts sono deceduti, 3 per patologie cardiovascolari e 1 per causa ignota dopo 3, 7, 36 e 24 mesi rispettivamente. 2/4 pazienti sono stati persi al follow-up. dopo un follow-up medio di 64 mesi in 2/18 pts (11.1%) è stata riscontrata risposta completa (CR) con scomparsa della massa renale alla TAC. 13/18 (72.2%) pts presentano stabilizzazione della malattia (SD) senza enhancement della massa al controllo TAC. In 3/18 pts (16.6%) vi è stato un incremento di 5 mm del diametro di tumore dopo 56, 59 e 72 mesi rispettivamente. 1 paziente è stato sottoposto a nefrectomia radicale che evidenzia di adenocarcinoma, 1 paziente è stato sottoposto ad enucleo-resezione della massa con evidenza di oncocitoma ed un paziente ha deciso per la sorveglianza attiva. Effetti collaterali: 1/20 pts ha presentato nausea.

**Conclusioni:** APR ecoguidata è risultata una procedura fattibile e semplice. Nel 95% dei pts è fattibile in anestesia locale. Può essere considerata una procedura minimamente invasiva, efficace e sicura per il trattamento di piccole masse renali in pazienti ad alto rischio non eleggibili per la chirurgia. Tuttavia a lungo termine (>5 anni) la progressione del diametro del tumore può verificarsi nel 16.6 % dei pazienti.

Abstract n. 169 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**ENUCLEAZIONE MININVASIVA OPEN VS ABLAZIONE PERCUTANEA CON RADIOFREQUENZA (APR) DI PICCOLE MASSE RENALI < 3 CM IN PAZIENTI ANZIANI: RISULTATI A LUNGO TERMINE**

**Brausi M., Giliberto G.L., De Luca G., Gavioli M., Verrini G., Viola M., Giancarlo P.**

*U.O. di Urologia Ausl Modena- Carpi*

**Introduzione e Obiettivi:** Gli Obiettivi di questo studio sono stati di valutare e comparare i risultati oncologici nei pazienti anziani affetti da neoplasia renale sottoposti a trattamento chirurgico a cielo aperto e APR ed osservarne gli effetti collaterali.

**Materiali e Metodi:** Da 2002 al 2006, sono stati inclusi in questo studio prospettico 53 pazienti con masse renali < 3 cm diagnosticati con US+CT. La prima opzione terapeutica proposta ai pazienti è stata la chirurgia (open o laparoscopica). Nei casi in cui per l'alto rischio operatorio i pazienti hanno rifiutato la chirurgia o la PRA è stata proposta in ultima istanza la sorveglianza attiva. 27 pazienti, con età media di 72.3 anni (Gruppo A), furono sottoposti a trattamento chirurgico a cielo aperto: enucleazione del tumore con procedura mininvasiva: una piccola incisione lombotomica di 6-7 cm ed enucleazione in situ del tumore. In 9 pazienti è stato usato flow-seal per l'emostasi, invece in 16 pazienti le suture sull'enucleo-resezione sono state a punti staccati. 26 pazienti di età media di 73.3 anni (Gruppo B) ricevettero PRA. Nel Gruppo A: 23 pazienti erano uomini e 4 donne nel gruppo B invece 20 erano uomini e 6 donne. Diametro medio del tumore: 2.1 cm - 2.5 cm nel Gruppo A e B. Lato: Sinistro = 14/11, destro = 13/15. L'Anestesia Generale è stata praticata in tutti i pazienti del Gruppo A mentre anestesia locale sul tragitto per cutaneo dell'ago è stata praticata in 23/26 pazienti sottoposti a APR, In 1 paziente si è resa necessaria ricorrere ad anestesia generale. 2 pazienti non furono trattati a causa del puntamento ecografico difficoltoso della massa.

**Risultati:** Follow-up medio: Gruppo A = 48 mesi (22-81 mesi),

Gruppo B = 43.4 mesi (26-81 mesi). Gruppo A: istologia: 23/27 = carcinoma a cellule renali, 1 angiomiolipoma e 3 oncocitoma (11.1%). Grado: G1 = 6, G2 = 12, Cromofobo = 2, papillare = 3. Le perdite ematiche in media sono state di 127.6 cc (50-400 cc). I margini chirurgici intraoperatori sono stati sempre negativi (3-6 frammenti). La degenza media ospedaliera è stata di 5.4 giorni. Complicazioni: nessuna maggiore. 3/27 pazienti (11.1%) sono stati sottoposti ad emotrasusione di 2 unità di sangue nel post-operatorio. Follow-up: 48 mesi: 2/27 pazienti (7.4%) morirono per embolia polmonare e scompenso cardiaco dopo 2 e 3 anni dall'intervento chirurgico. 25/27 (92.6%) sono liberi da malattia senza segni di recidiva locale o a distanza. La funzionalità renale è stata sempre nella norma in tutti i pazienti. Gruppo B: l'ospedalizzazione media è stata di 1 giorno. Complicazioni: 1 paziente ha avuto nausea. Follow-up: 43.4 mesi: 4/24pts (16.6%) morirono per malattie cardiovascolari dopo 3-7-24-36 mesi da APR. 2 pazienti sono stati persi al follow-up. In 2/22 pazienti (9.1%) si evidenziò, con esame TAC, risposta completa, in 3/22 pazienti (13.6%) si evidenziò un aumento in diametro di tumore di 5 mm (PR) dopo 56, 59, 72 mesi e in 17/22 pazienti (77.3%) si evidenziò, sempre con TAC, stabilità di malattia.

**Conclusioni:** La chirurgia a cielo aperto (enucleazione mininvasiva del tumore) resta la migliore scelta terapeutica per i pazienti anziani con tumori renali di piccole dimensioni. Il risultato oncologico è ottimo le complicanze sono minime. La RFA può essere proposta nei pazienti ad alto rischio o che rifiutano la chirurgia.

Abstract n. 170 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escretrice - ore 14.00 Sala Sforza)

**NEOVESCICA ILEALE PERUGINA: RISULTATI A LUNGO TERMINE**

**Del Zingaro M., Giannantoni A., Costantini E., Joannidou K., Mearini E., Mearini L., Zucchi A., Cochetti G., Porena M.**  
*Clinica Urologica ed Andrologica Università degli Studi di Perugia Direttore Prof. Massimo Porena*

**Introduzione:** In questo studio riportiamo i risultati a lungo termine della neovescica ileale perugina prendendo in considerazione i risultati funzionali e le complicanze a lungo termine. La cistectomia è stata effettuata sia per motivi oncologici che neurologici.

**Materiali e Metodi:** Dal gennaio 1990 ad oggi sono state effettuate 234 cistectomie con successiva ricostruzione della neovescica secondo la tecnica perugina (PIN). In tutti i pazienti è stata confezionata una neovescica ad Y con anastomosi uretero-ileale antireflusso. Di tutti questi pazienti 20 hanno ultimato un follow up di oltre 10 anni. In questi pazienti noi abbiamo esaminato i risultati clinici, morfofunzionali, e videourodinamici. Abbiamo poi confrontato i risultati con quelli ottenuti ad un anno dall'intervento. La qualità della vita è stata valutata in base alla continenza e attività sessuale.

**Risultati:** I pazienti avevano una media di età di 62,5 + 8,8 anni. Le complicanze precoci avvenute entro 30 giorni dall'intervento sono state: decesso in due pazienti, embolia in un paziente, reintervento per emorragia in due pazienti, coma in due casi con recupero completo senza esiti. La media di sopravvivenza a 5 anni cancro specifica è del 64%. Sono stati valutati a 10 anni dall'intervento 18 uomini e 2 donne. Abbiamo riscontrato una normale funzionalità renale in tutti i pazienti. L'esame ecografico renale e vescicale aveva evidenziato in due pazienti idronefrosi; monolaterale in uno e bilaterale nel secondo. Nessun paziente aveva segni clinici o ecografici di pielonefrite. Non abbiamo riscontrato stenosi uretero-ileale né altre complicanze relative alla neovescica. Due pazienti 10% presentano incontinenza diurna

che richiede utilizzo di pannolini, altri due pazienti 10% hanno una incontinenza notturna. Nessun paziente aveva una ritenzione tale da richiedere autocateterismi intermittenti. L'attività sessuale è stata conservata in 4 pazienti. La videourodinamica ha mostrato in un un paziente reflusso bilaterale, ma la funzionalità renale, valutata con la scintigrafia, è stata conservata. I risultati urodinamici sono stati riportati nella tabella. Non abbiamo riscontrato significative differenze tra i parametri funzionali della PIN ad un anno e 10 anni. Tutti i pazienti sono soddisfatti dell'intervento.

**Tabella 1.** Risultati urodinamici ad 1 e 10 anni nella neovescica ileale perugina.

Parametri urodinamici	1 anno follow up	10 anni follow up
Massima capacità cistometrica (ml)	300 ± 60.5	395.3 ± 65.7
Contrazione della neovescica: minima (cmH2O)	32.5 ± 13.8	49.5
Contrazione della neovescica: massima (cmH2O)	64.17 ± 35	115 ± 26.3
Residuo postmizionale (ml)	124.5 ± 196	86.7 ± 203

**Discussione:** La neovescica ileale perugina, modifica della tecnica sec. Camey II, da risultati clinici e funzionali buoni e che persistono nel tempo anche dopo un lungo follow up di 10 anni. Le complicanze riportate nella nostra esperienza sono confrontabili con quelle di altre tecniche riportate in letteratura.

**Conclusione:** Nella nostra esperienza la PIN rappresenta una buona tecnica che può essere impiegata in selezionati pazienti. La continenza sessuale a lungo termine è soddisfacente da buoni risultati oncologici e funzionali, può essere pertanto proposta ai pazienti giovani.

Abstract n. 172 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**PENE NASCOSTO IN PAZIENTE CON ESITI DI RADIOTERAPIA: NUOVO APPROCCIO CHIRURGICO COMBINATO**  
**Tuffo G., Zucchi A., Del Zingaro M., Fioretti F., Mearini L., Costantini E., Porena M.**

*Clinica Urologica ed Andrologica Università degli Studi di Perugia – Direttore Prof. Massimo Porena*

**Scopo del lavoro:** Il "buried penis" è un pene di normali dimensioni ma totalmente ricoperto dal tessuto prepubico. Quando si associa ad esiti di radioterapia, a peggiorare il quadro concorre anche la retrazione cicatriziale del prepuzio, tipica del "trapped penis".

In questo lavoro presentiamo il caso di un paziente di 57 anni, obeso, precedentemente sottoposto a radioterapia per cancro del pene, giunto alla nostra osservazione per dolori penieni presenti sia in flaccidità che in erezione, infezione suppurativa del prepuzio e del glande, notevoli difficoltà minzionali e incapacità all'espletamento di una normale attività sessuale.

**Materiali e Metodi:** Il paziente è stato sottoposto ad un intervento chirurgico in 2 stages. Durante il primo, dopo aver effettuato il classico degloving penieno, si è proceduto alla sezione del legamento sospensore del pene ed al disassembly penieno; sono stati quindi sezionati il glande, l'uretra e le estremità dei corpi cavernosi. Contemporaneamente una seconda équipe chirurgica ha prelevato 2 patches di mucosa buccale per il resurfacing penieno; l'uretra, una volta spatolata, è stata fissata ventralmente, creando un neo meato. Il pene è stato quindi trasposto nella borsa scrotale e la cute dello scroto fissata a punti staccati per avvolgere completamente l'asta. A distanza di un mese (secondo stage) la cute scrotale è stata incisa longitudinalmente e bilate-

ralmente per liberare il pene; una sutura ventrale mediana ha consentito la tubularizzazione della neocute peniena.

**Risultati:** Già immediatamente dopo il primo stage, il paziente non lamentava più i dolori che lo affliggevano.

A circa 1 mese dal secondo stage sono stati valutati i risultati finali: sono scomparse le infezioni recidivanti, così come i disturbi minzionali. Il paziente ha iniziato ad intraprendere una regolare attività sessuale, peraltro soddisfacente, dopo aver effettuato un programma riabilitativo con inibitori delle fosfodiesterasi per circa 1 mese.

Inoltre, sono stati esaminati anche i risultati cosmetici mediante la scala di valutazione descritta da Boemers e De Jong: i risultati sono stati eccellenti.

**Messaggio conclusivo:** Unendo le tre procedure precedentemente descritte, riteniamo di poter offrire a tali pazienti una soddisfacente qualità di vita, associata ad ottimi risultati estetici. La tecnica è inoltre di facile esecuzione, anche per operatori con minima esperienza in campo ricostruttivo e plastico.

Abstract n. 173 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**PROSTATECTOMIA RADICALE ROBOTICA: QUANTA CURVA DI APPRENDIMENTO POSSONO TOLLERARE I NOSTRI PAZIENTI?**

**D'Elia G., Emiliozzi P., Ortolani G., Iannello A.**

*Unità Operativa Urologia II, Complesso Ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Roma*

Tutte le tecniche chirurgiche innovative devono essere valutate in relazione alla curva di apprendimento, al fine di ridurre il rischio di risultati inferiori rispetto alle tecniche considerate standard. Abbiamo pertanto analizzato la nostra esperienza iniziale di 45 prostatectomie radicali robotiche confrontandone i risultati peri-operatori con quelli degli ultimi 45 casi di prostatectomia radicale retropubica eseguiti da un unico chirurgo.

Come surrogato della curva di apprendimento abbiamo valutato la durata dell'intervento, le perdite ematiche stimate, la degenza post-operatoria e lo stato dei margini oncologici.

Il primo autore, dotato di esperienza di prostatectomia radicali laparoscopiche, ha svolto il training robotico presso quattro centri di riferimento internazionali, seguito dall'apprendimento su un modello animale. Il team di sala operatoria ha svolto un training intensivo guidato da esperti per due settimane. Per la prostatectomia radicale robotica sono stati selezionati pazienti con neoplasie a basso rischio. I primi due casi di prostatectomia radicale robotica sono stati assistiti da un tutor esterno con affermata esperienza in chirurgia robotica.

La durata dell'intervento è stata inferiore per la prostatectomia radicale retropubica (105 minuti vs. 198 minuti). Lo stato dei margini oncologici è sovrapponibile per i due approcci (12 % per la retropubica e 13 % per la robotica, corrispondente a 6 casi su 45, tutti pT3).

Le perdite ematiche stimate e la degenza post-operatoria sono risultate essere inferiori per l'approccio robotico (rispettivamente 180 ml per la robotica vs. 520 ml per la retropubica; 2 giorni di degenza post-operatoria per la robotica vs. 6 giorni di degenza post-operatoria per la retropubica).

Al fine di ridurre la curva di apprendimento della prostatectomia radicale robotica rispetto allo standard della prostatectomia retropubica è necessario un approccio strutturato e metodico con un training specifico ed un' accurata selezione dei pazienti. Con tale approccio ci è stato possibile minimizzare il prezzo che i nostri pazienti devono pagare per sottoporsi ad una tecnica innovativa come la prostatectomia radicale robotica senza mettere a rischio i risultati peri-operatori dell'intervento.

Abstract n. 174 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.00 Sala Borromeo)

**RICERCA DI NUOVI MARCATORI TUMORALI NEL CARCINOMA A CELLULE RENALI**

**Destefanis P.<sup>1</sup>, Barbero G.<sup>2</sup>, Bosio A.<sup>1</sup>, Bisconti A.<sup>1</sup>, De Maria C.<sup>1</sup>, Cugiani A.<sup>1</sup>, Negro C.<sup>1</sup>, Carchedi M.<sup>1</sup>, Buffardi A.<sup>1</sup>, Schillaci C.<sup>1</sup>, Mandili G.<sup>2</sup>, Khadjavi A.<sup>2</sup>, Giribaldi G.<sup>2</sup>, Ceruti C.<sup>1</sup>, Turrini F.<sup>2</sup>, Fontana D.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia 2 – Ospedale San Giovanni Battista Molinette – Torino; <sup>2</sup>Dipartimento di Genetica, Biologia e Biochimica, Università degli Studi di Torino"

**Introduzione:** Il carcinoma a cellule renali, la neoplasia più frequente del rene nell'adulto, rappresenta circa il 3% di tutti i tumori. La sua incidenza è in aumento e la mortalità raggiunge valori del 40%. Lo studio dell'espressione genica e l'analisi proteomica vengono oggi utilizzati per la scoperta di nuovi marcatori tumorali. Scopo del presente studio è l'identificazione di nuovi potenziali marcatori nel carcinoma a cellule renali mediante l'analisi proteomica.

**Metodi:** Sono stati utilizzati campioni di carcinoma a cellule renali (5-10 mg) e campioni di parenchima sano ottenuti da pazienti sottoposti a nefrectomia radicale. Le proteine estratte da questi tessuti venivano solubilizzate e separate mediante elettroforesi bidimensionale. Le mappe bidimensionali di tessuto tumorale venivano confrontate con le mappe di tessuto sano portando all'individuazione di proteine differenzialmente espresse. L'identificazione di tali proteine veniva effettuata mediante digestione proteolitica degli spot elettroforetici, analisi in spettrometria di massa MALDI-TOF e "peptide mass fingerprint".

**Risultati:** Il confronto del pattern proteico fra tessuti sani e tessuti carcinomatosi dimostrava una variazione significativa di 15 proteine. In tutti i campioni di carcinoma analizzati la Reticolocalbina-1 risultava significativamente iperespressa rispetto al tessuto sano.

**Conclusioni:** Utilizzando una quantità minima di tessuto da pazienti con carcinoma a cellule renali e facendo un'analisi proteomica, abbiamo identificato alcuni nuovi potenziali marcatori proteici. Il significato diagnostico e prognostico delle proteine identificate sarà valutato nel nostro laboratorio in campioni di plasma di pazienti sani e malati. Per questo scopo stiamo preparando anticorpi proteina specifici, al fine di rendere possibile l'applicazione dei risultati ottenuti con le tecniche proteomica nella pratica clinica.

Abstract n. 175 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**PROSTATECTOMIA RADICALE VIDEOLAPAROSCOPICA NEL PAZIENTE OBESO: È PREFERIBILE L'APPROCCIO EXTRA O TRANS-PERITONEALE?**

**Falsaperla M.<sup>1</sup>, Saita A.<sup>1</sup>, Puglisi M.<sup>1</sup>, Salerno G.<sup>1</sup>, Lazzara A.<sup>1</sup>, Motta M.<sup>1</sup>, Morgia G.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Clinica urologica Università di Catania; <sup>2</sup>Clinica urologica Università di Messina

**Obiettivi:** Studi recenti evidenziano l'esistenza di una correlazione tra obesità e morbilità perioperatoria in pazienti sottoposti a prostatectomia radicale laparoscopica. Nel presente studio abbiamo comparato la tecnica transperitoneale con l'extraperitoneale eseguita su pazienti obesi (BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> in accordo coi criteri OMS) valutando le differenze di tecnica chirurgica e anestesiológica.

**Metodi:** Da Giugno 2005 a Ottobre 2008, abbiamo eseguito 198 prostatectomie radicali laparoscopiche; 18 trattamenti (9 transperitoneali, 9 extraperitoneali) eseguiti su pazienti obesi (BMI 30.1-40.8, age 62-74).

**Risultati:** I trattamenti eseguiti con accesso transperitoneale hanno avuto durata mediamente maggiore rispetto a quelli eseguiti mediante accesso extraperitoneale (210 Vs 189 min), questo soprattutto per la grande quantità di tessuto adiposo che disloca l'intestino caudalmente e riduce lo spazio operativo preperitoneale richiedendo, inoltre l'utilizzo di un Trendelenburg spinto per ottenere una buona esposizione della pelvi. Non sono state riscontrate differenze tra i due approcci per quanto riguarda le complicanze intra e perioperatorie. Inoltre, nell'esecuzione della tecnica transperitoneale si è riscontrata maggiore difficoltà nel controllare la capnia (30-38 ETCO<sub>2</sub> transperitoneale, 27-35 extraperitoneale). Nell'approccio transperitoneale è stato inoltre necessario aumentare la pressione del pneumoperitoneo fino a 15 mmHg di CO<sub>2</sub> per mantenere un adeguato spazio operativo, peggiorando in tal modo l'ipercapnia, tuttavia evitata aumentando la frequenza respiratoria (11-14). Inoltre, il Trendelenburg usato durante l'intervento transperitoneale, incrementando il ritorno venoso, causa uno spostamento cefalico del diaframma inducendo una diminuzione del volume polmonare e della mobilità diaframmica con aumento del rischio di atelettasia e conseguente necessità di modificare la meccanica ventilatoria applicando una PEEP maggiore. Non è stato comunque possibile aumentare la frequenza respiratoria sopra 15, per evitare l'esposizione del paziente a maggiore rischio di air trapping, peggiorando quindi la capnia. La PEEP non è stata mai aumentata oltre +5 per minimizzare il rischio di una eccessiva distensione alveolare, il che avrebbe potuto portare alla rottura dei setti con aumentato rischio di pneumotorace o enfisema bolloso. La tecnica extraperitoneale non ha invece mostrato differenze tra pazienti obesi e normopeso, non essendo coinvolto nella dinamica chirurgica e respiratoria lo spazio transperitoneale.

**Conclusioni:** La nostra esperienza suggerisce che la prostatectomia radicale laparoscopica, eseguita mediante accesso extraperitoneale, rappresenta l'approccio preferibile nei pazienti obesi, per minimizzare i rischi anestesiológicos principalmente correlati all'approccio transperitoneale.

Abstract n. 177 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Pene e testicolo - ore 08.00 Sala Visconti)

**TUMORECTOMIA TESTICOLARE: UN NUOVO ALGORITMO**

**Franco G.<sup>1</sup>, Dente D.<sup>1</sup>, Leonardo C.<sup>1</sup>, De Nunzio C.<sup>1</sup>, De Cillis A.<sup>1</sup>, Cavaliere A.<sup>1</sup>, Greco E.<sup>2</sup>, Laurenti C.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia Università Sapienza, Roma; <sup>2</sup>Biologia della riproduzione European Hospital, Roma

**Scopo del lavoro:** La organ-sparing surgery è stata di recente proposta nella terapia delle neoformazioni del testicolo, tuttavia ancora non esiste un consenso sulle sue indicazioni. Scopo del lavoro è di definire un nuovo algoritmo diagnostico-terapeutico nelle neoformazioni testicolari.

**Materiali e Metodi:** Dal 2002 al 2009 sono stati osservati 45 casi di neoformazione testicolare. 24 di questi sono stati sottoposti a orchifunicolectomia, mentre i rimanenti 21 (età: 9-60 anni), oggetto del presente studio, a tumorectomia testicolare. 14 pz. sono giunti alla nostra osservazione per infertilità e 7 per reperto palpatorio/sintomatologia dolorosa. 4 pz erano monorchidi. All'ecografia presenza di nodulo/i ipoecogeno/i (17 casi) ed iperecogeno/i (4 casi), palpabile/i in 12 casi, delle dimensioni di 5-15 mm. In tutti i pazienti i markers tumorali erano negativi. 17 interventi sono stati eseguiti con tecnica microchirurgica (microscopio operatore o loops frontali) derivata dall'intervento di microtese per infertilità e 4 con tecnica tradizionale, asportando in blocco il nodulo testicolare. In 18 casi è stato eseguito l'esame istologico estemporaneo della lesione asportata.

**Risultati:** La diagnosi istologica definitiva è stata: in 7 leidygioma, in 2 iperplasia focale delle cellule del leydig, in 4 cisti dermoidi, in 2 sclerosi/fibrosi ialina, in 1 sertolioma, in 1 carcinoma em-

brionario, in 3 seminoma e in 1 tumore a cellule germinali misto. 4 pz con esame istologico estemporaneo deponente per neoplasia germinale sono stati sottoposti a contestuale orchifuniolectomia, tutti gli altri hanno conservato il testicolo. Il pz con carcinoma embrionario (monorchide) è stato sottoposto ad orchifuniolectomia e terapia sostitutiva a breve distanza di tempo dalla tumorectomia per rialzo dei markers tumorali. Un pz con sclerosi ialina, dopo 6 anni ha sviluppato un seminoma puro per il quale è stata effettuata orchifuniolectomia. Tutti gli altri pazienti con malattie benigne sono ad oggi (follow-up 2-60 mesi) liberi da recidiva. I noduli non palpabili di piccole dimensioni (inferiori a 1 cm) e diagnosticati nel work-up per infertilità/azoospermia sono per lo più risultati essere benigni.

**Conclusioni:** In caso di lesioni testicolari inferiori ai 15 mm non palpabili, o palpabili in pazienti monorchidi o con lesioni bilaterali, è consigliabile un approccio graduale conservativo con iniziale tumorectomia testicolare, esame istologico estemporaneo ed eventuale immediata orchifuniolectomia in caso di lesione maligna (se altro testicolo sano). La nostra esperienza sembra dimostrare che nei pazienti infertili con lesioni non palpabili di piccole dimensioni, riscontrati incidentalmente con ecografia, queste sono più frequentemente di natura benigna.

Abstract n. 178 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEL TUMORE FIBROSO SOLITARIO (TFS) DELLA PROSTATA: CASO CLINICO E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Galosi A.B.<sup>1</sup>, Lacetera V.<sup>1</sup>, Cantoro D.<sup>1</sup>, D'Anzeo G.<sup>1</sup>, Montironi R.<sup>2</sup>, Muzzonigro G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica; <sup>2</sup>Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Univ. Politecnica delle Marche, Ancona.

**Scopo:** Descrivere un caso clinico di TFS della prostata trattato con prostatectomia radicale con revisione della letteratura

**Materiali e Metodi:** Paziente di 60 anni, con LUTS prevalentemente ostruttivi, esami ematochimici nella norma (PSA 0,6). L'plorazione rettale rileva prostata asimmetrica per marcata prominenza del lobo sinistro di consistenza dura. L'ecografia transrettale evidenziava una voluminosa massa a margini netti, ipo/isoecogena della zona di transizione sinistra di circa 9x7x5cm; su una biopsia prostatica a 12 prelievi ed è stata formulata la diagnosi di TFS dai patologi basandosi su criteri istopatologici ed immunostochimici. La TC e la RM con bobina endorettale avevano escluso lesioni ripetitive e confermavano la presenza di un piano di clivaggio con la vescica. Abbiamo eseguito una prostatectomia radicale nerve-sparing bilaterale.

**Risultati:** L'intervento è stato portato a termine in 3 ore, 700 cc di perdite stimate, la massa si presentava ben circoscritta senza caratteri di infiltrazione delle strutture vicine. Il decorso post-operatorio è stato regolare. L'esame istologico ha confermato un TFS di 8 X 7 x 6 cm di dimensioni, limiti netti, la superficie di colore giallastro con un sottile strato di tessuto prostatico compresso nella TZ di sinistra. Microscopicamente le cellule neoplastiche si presentavano con aspetto spindle-cell con bassa attività mitotica (1 su 50), atipia nucleare, assenza di necrosi; la densità vascolare era variabile con aspetto pseudo-angiomatoso. Immunostochimica: positività a CD-34 e bcl-2, negatività a c-kit, ALK-1, all'actina del muscolo liscio e ai recettori del progesterone. Margini chirurgici, linfonodi negativi e assenza di lesioni nel circostante tessuto prostatico. Una TC eseguita dopo 6 mesi non rileva recidiva.

**Discussione:** Il TFS si localizza nella pleura, ma sono descritte localizzazioni extrapeluriche: molto rara è la localizzazione prostatica. Esistono circa 20 case report di TFS della prostata. La presentazione clinica più comune include la ritenzione urinaria,

frequenza minzionale, disuria. Talvolta è stato reperto incidentale in TURP. Le dimensioni variano tra 2-14 cm. Le caratteristiche microscopiche ed immunostochimiche sono simili ai TFS extraprostatici: diffusa immunoreattività per CD34 e bcl-2, negatività alle citocheratine, S-100, c-kit, ALK-1, progesterone. La diagnosi differenziale clinica include i sarcomi, mentre d.d. istologica include i tumori stromali di incerto potenziale maligno (STUMPs) e i tumori stromali gastrointestinali (GIST). Nel TFS l'unico fattore prognostico certo è la resezione completa della neoplasia con margini indenni.

**Conclusioni:** Le opzioni terapeutiche nei pazienti con TFS della prostata sono: stretto follow-up con eventuale resezione endoscopica in lesioni asintomatiche di piccole dimensioni in particolare in soggetti anziani, prostatectomia radicale specie nei pazienti giovani con massa palpabile o sintomi urinari severi. La cistoprostatectomia è indicata solo se il piano chirurgico è obliterato da tessuto neoplastico, ma tale reperto è tipico dei sarcomi e GIST, mentre nel TFS è presente un piano di clivaggio rilevabile con l'imaging pre-operatorio anche nei tumori più voluminosi.

Abstract n. 179 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**CHIRURGIA DEL CARCINOMA DELL'URETRA BULBARE DI STADIO AVANZATO: CASE REPORT E REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Galosi A.B.<sup>1</sup>, Lacetera V.<sup>1</sup>, Cantoro D.<sup>1</sup>, D'Anzeo G.<sup>1</sup>, Mazzucchelli R.<sup>2</sup>, Montironi R.<sup>2</sup>, Muzzonigro G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica Urologica; <sup>2</sup>Anatomia Patologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Univ. Politecnica delle Marche, Ancona.

**Scopo del lavoro:** Descrivere il trattamento di un caso di carcinoma squamoso dell'uretra infiltrante i corpi cavernosi e correlarlo alla letteratura.

**Materiali e Metodi:** Uomo di 71 anni da alcune settimane riferiva episodi di ematuria iniziale, uretorragia, disuria rapidamente ingravescente di tipo ostruttivo e successiva comparsa di tumefazione penoscrotale indolente. L'uretroscopia visualizzava un ostacolo dell'uretra bulbare per presenza di una massa con caratteri infiltranti; l'esame istologico della biopsia evidenziava Ca. squamocellulare infiltrante. La uretrografia e la TC dimostravano un processo espansivo di 8 cm infiltrante il corpo spongioso e cavernoso (CC) di sinistra, senza ripetizioni a distanza. Dopo discussione con team multidisciplinare abbiamo eseguito una cistoprostatectomia radicale con penectomia ed uretrectomia totale: l'approccio è stato prima perineale, poi addominale con rimozione en bloc di vescica, prostata, uretra e pene, evitando spillage tumorale; successiva linfoadenectomia iliaco-otturatoria ed inguinale.

**Risultati:** L'intervento (5h), con perdite ematiche stimate 1000cc, è stato seguito da regolare decorso. L'istologia definitiva ha evidenziato Ca. squamocellulare dell'uretra bulbopeniena di 9 cm, infiltrante il corpo spongioso e CC sinistro, uretra prostatica con metaplasia squamosa, 30 linfonodi negativi (pT3pN0M0). Un'accurata correlazione anatomica tra imaging, reperi chirurgici e pezzo ha consentito di identificare un margine positivo focale a livello dell'inserzione del CC sulla branca ischiopubica sinistra; carcinoma della prostata pT2pN0R0, GS 3+3 = 6, volume 0,27cc. A scopo adiuvante è stata eseguita una Radioterapia in sede ileopubica (4500 cGY). A 1 anno, il paz. è libero da malattia, gli esiti della RT hanno determinato un'atrofia testicolare.

**Discussione:** Il Ca. dell'uretra è una neoplasia rara (< 1% delle neoplasie genitourinarie), spesso si presenta in stadio avanzato. La gestione è controversa essendo le casistiche poco numerose, molti autori concordano su una terapia multimodale combinata (chirurgia, radio-chemioterapia neoadiuvante e adiuvante).

In accordo con Dalbagni e coll. [Urology 53: 1126-32, 1999] abbiamo associato la cistoprostatectomia perché la lesione giungeva in prossimità dell'uretra membranosa. La completa asportazione del corpo spongioso e la linfadenectomia sono i cardini della terapia chirurgica, rivolta a prevenire recidive locali. Recidive sono riportate persino in pazienti con margini negativi [Int Urol Nephrol 38:4959, 2006]. Sulla nostra esperienza, solo un attento studio del campione anatomico correlato ai reperi chirurgici consente di valutare adeguatamente i margini. La radicalità della chirurgia è fondamentale per la prognosi. La sopravvivenza a 5 anni rimane bassa nei T3 (33%) e nei T2 (67%).  
Conclusione: L'escissione en bloc dell'uretra anteriore e posteriore con penectomia non si associa a complicanze ed appare oncologicamente corretta con l'asportazione di tutto il corpo spongioso. Lo studio dei margini e dei linfonodi è fondamentale per associare RT e/o chemioterapia adiuvante.

Abstract n. 180 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**PATOLOGIE INCIDENTALI RILEVATE MEDIANTE TC IN PAZIENTI CON ADENOCARCINOMA PROSTATICO A BASSO RISCHIO**

**Galosi A.B.<sup>1</sup>, D'Anzeo G.<sup>1</sup>, Lacetera V.<sup>1</sup>, Cantoro D.<sup>1</sup>, Muzzonigro G.<sup>1</sup> – primo autore Galosi A.B.**

<sup>1</sup>Clinica Urologica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Univ. Politecnica delle Marche, Ancona

*Introduzione:* Secondo le principali Linee Guida, la stadiazione per la neoplasia prostatica a basso rischio (PSA <10, GS 3+3, Stadio clinico T1 o T2a) è basata sull'ecografia addominale, Rx torace, esami ematochimici, anamnesi ed esame obiettivo.

*SCOPO.* Valutare la frequenza e l'entità di lesioni incidentali rilevate con stadiazione completa con TC addome-torace e scintigrafia ossea in pazienti con carcinoma prostatico a basso rischio candidati a chirurgia. Valutare inoltre come questa stadiazione modifica il punteggio di Charlson.

*Metodi:* Abbiamo eseguito una revisione retrospettiva degli esami di stadiazione eseguiti in una coorte di paz. affetti da adenocarcinoma prostatico a basso rischio, in modo consecutivo in 18 mesi. La scintigrafia ossea, TC spirale addome-pelvi con mezzo di contrasto e TC torace sono stati eseguiti presso il nostro centro. Il mezzo di contrasto iodato non è stato utilizzato nei paz. con insufficienza renale, allergia o altre controindicazioni. In alternativa alcuni hanno eseguito RM. La gran parte delle biopsie sono state eseguite nel nostro centro utilizzando da 12 a 18 prelievi. In tutti la diagnosi di neoplasia è stata eseguita o confermata casi da uro-patologo del nostro ospedale, con valutazione del grado sec. Gleason. Lo stadio clinico è basato sull'esplorazione di urologo esperto. Nel nostro centro, la stadiazione completa con TC e scintigrafia viene eseguita in tutti i pazienti, protocollo condiviso da team multidisciplinare.

*Risultati:* 80 paz. di età media 63,5 anni (42-80) con ca. prostatico a basso rischio sono stati sottoposti a stadiazione completa. Il PSA basale medio era 6,20 ng/ml (min 2,40-max 10), i frustoli biopistici infiltrati da neoplasia erano in media 3,38 (1-15), lo stadio clinico era nel 60% cT1, nel 40% cT2a (TNM 2002). In 12 pazienti su 80 (15%) la stadiazione ha mostrato i seguenti reperti incidentali non precedentemente noti: 1 paz con aneurisma aortico, 1 con aneurisma aortico toraco-addominale, 3 paz con noduli surrenalici (2 bilaterali), 2 paz. nodularità polmonari (fibroma e carcinoma plomolare), 1 paz con carcinoma gastrico, 1 paz. adenocarcinoma del colon, 1 paz con linfadenopatie addominali-iliache per leucemia linfatica cronica, 1 lesione solida renale di 2 cm, 1 paz con rene ectopico. I pazienti con staging positivo hanno un'età maggiore (69,1 vs 62,5 (p0,03), mentre non abbiamo rilevato differenze significative nel PSA, stadio clinico,

biopsie positive. Considerando il Charlson index, nei pazienti con staging positivo vi è un aumento totale di 12 punti rispetto ai pazienti con stadiazione negativa. Una variazione del punteggio si verifica in 7 pazienti su 12. Nei pazienti con patologie incidentali alla stadiazione, l'indice di comorbilità aumenta in media di 1,09 punti (0-2), l'indice combinato (comorbilità + età) = aumento di 3,45 punti (2-5). La probabilità di sopravvivenza a 10 anni ha una riduzione media del 28,55 % (da 0 sino a 75%). In 4 su 80 la patologia identificata ha determinato una modifica del programma terapeutico.

*Conclusione:* La stadiazione completa nei pazienti con carcinoma prostatico a basso rischio identifica una patologia che può modificare il programma terapeutico in 1 caso su 20. Le patologie incidentali identificate sono più frequenti nei soggetti >68 anni. Il Charlson score si riduce in media di 1 punto e modifica l'aspettativa di vita, che può essere valutata più correttamente.

Abstract n. 181 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.00 Sala Sforza)  
**INCIDENZA, SOPRAVVIVENZA E PREVALENZA DEI TUMORI DEL SURRENE IN ITALIA**

**Gatta G.<sup>1</sup>, Capocaccia R.<sup>2</sup>, Tagliabue G.<sup>1</sup>, Contiero P.<sup>1</sup>, Ferretti S.<sup>3</sup> e il gruppo di lavoro del progetto RITA**

<sup>1</sup>Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milano; <sup>2</sup>Reparto di Epidemiologia dei Tumori, ISS, Roma; <sup>3</sup>Università di Ferrara, Anatomia Patologica

*Introduzione:* Il progetto RITA (La sorveglianza dei tumori rari in Italia) descrive i principali indicatori epidemiologici (incidenza, sopravvivenza, prevalenza e mortalità) dei tumori rari a partire dai dati dei registri tumori di popolazione italiani. Scopo di questa analisi è descrizione l'epidemiologia del tumore al surrene in Italia e di discutere la problematicità dei tumori rari come quello al surrene.

*Pazienti e metodi:* Sono stati analizzati i dati di 13 registri tumori italiani. Tutti hanno concordato un protocollo di studio. Nell'analisi sono stati inclusi 436 casi diagnosticati tra il 1995 e il 2002, tutti i casi incidenti nel periodo. È stata calcolata l'incidenza, la sopravvivenza e la prevalenza con il software SEERstat.

Solo per l'area del registro lombardo della provincia di Varese (800.000 abitanti) vengono analizzati tutti i casi diagnosticati dal 1980 al 1999 (46 casi) con maggior dettaglio clinico.

*Risultati:* Il tasso di incidenza annuale dei tumori maligni del surrene è di 0,2 casi per 100.000. In Italia si stimano poco più di 100 nuovi casi all'anno. La sopravvivenza dei pazienti italiani è 68, 51, 44% a 1,3 e 5 anni rispettivamente. La prevalenza di persone con una diagnosi di tumore del surrene è di 0,9/100.000, ovvero circa 500 persone ancora in vita con una diagnosi recente o pregressa di tumore del surrene.

*Discussione:* L'epidemiologia dei tumori del surrene in Italia verrà confrontata con quanto osservato in Europa e negli Stati Uniti. Il tumore del surrene come tutti i tumori rari pone problemi di diagnosi e trattamento legati alla rarità dell'evento. La capacità di una diagnosi tempestiva e corretta e di trattamento altamente specializzato è solitamente circoscritto a pochi istituti di eccellenza.

Abstract n. 182 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.00 Sala Borromeo)

**LA SOPRAVVIVENZA DEI PAZIENTI CON TUMORE UROGENITALE IN EUROPA**

**Gatta G.<sup>1</sup>, Zigon G.<sup>1</sup> e il gruppo di lavoro EUROCARE**

Unità di Epidemiologia valutativa, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

*Introduzione:* Il progetto EUROCARE finanziato dalla Comunità

Europea e dalla Fondazione italiana San Paolo, attraverso la partecipazione della maggior parte dei registri tumori di popolazione europei ha di recente pubblicato in un numero monografico della rivista *European Journal of Cancer* i dati di sopravvivenza aggiornati al 2002. Scopo di questo contributo è di descrivere la sopravvivenza dei tumori di prostata, testicolo, pene, rene e vescica, di confrontare le prognosi dei pazienti italiani con quella di altri paesi europei e di discutere i possibili motivi di variazione tra popolazione.

**Pazienti e metodi:** Tredici paesi europei hanno una registrazione nazionale, altri 10 paesi sono rappresentati da registri che hanno una rilevazione parziale della popolazione nazionale. Tutti i registri hanno fornito dati di sopravvivenza secondo un protocollo concordato. In tutto 83 registri tumori di 23 paesi per un totale di circa 2 milioni e 700 casi diagnosticati tra il 1995 e il 2002 e seguiti sino al 31 dicembre 2003 sono stati inclusi nell'analisi. È stata calcolata la sopravvivenza specifica per paese e la sopravvivenza europea "pesata" e standardizzata per età. Per la sopravvivenza al 2002 è stato applicato il metodo della sopravvivenza di "periodo".

**Risultati e discussione:** Prostata. La sopravvivenza a 5 anni in Europa è passata da 65%, dell'inizio degli anni '90, a 76%. Le differenze tra paesi si sono ridotte. L'applicazione del test PSA ha fatto aumentare sia l'incidenza che la sopravvivenza, mentre la mortalità si è ridotta solo lievemente.

Testicolo. La sopravvivenza a 5 anni europea è 90%. Siccome per questo tumore dagli anni '70 è disponibile un trattamento efficace, anche per i casi che arrivano alla diagnosi con una lesione metastatica, l'accesso a un trattamento efficace rimane la principale ragione delle differenze tra paesi. La sopravvivenza varia di poco tra popolazioni: rimane più bassa in Cechia e in Slovacchia.

Pene. Questo è un tumore raro in Europa. La sopravvivenza europea a 5 anni è 73% con una grande variazione tra pazienti giovani (< 45 anni, 75%) e pazienti anziani (> 75 anni, 35%).

Vescica. Il confronto delle sopravvivenze per questo tumore è di difficile interpretazione per la difficoltà a stabilire, in modo standardizzato, l'invasività della lesione uroteliale. La sopravvivenza europea è 72%. Al contrario di tutti i tumori, le donne hanno una prognosi peggiore rispetto a quella maschile. La ragione viene attribuita a motivi anatomici che faciliterebbero la diffusione metastatica.

Rene. La sopravvivenza a 5 anni del tumore renale è 58%. La variazione tra paesi è attribuita alla disponibilità di tecniche di imaging che facilitano la diagnosi di piccole lesioni.

Per tutti questi tumori, la sopravvivenza a 5 anni dei pazienti italiani è significativamente superiori a quella media europea per il tumore della prostata (79%), della vescica (77%), e del rene (64%). Le sopravvivenze per tumore del testicolo (89%), e del pene (74%), sono in media con la sopravvivenza europea.

Abstract n. 183 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.00 Sala Borromeo)

**PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA VERSUS BRACHITERAPIA PER IL TRATTAMENTO DEL TUMORE PROSTATICO A BASSO RISCHIO: STUDIO PROSPETTICO RANDOMIZZATO CON UN FOLLOW-UP MEDIO DI 5 ANNI**  
Giberti C., Chiono L., Gallo F., Gastaldi E., Schenone M., Cortese P.

Dipartimento di Chirurgia, Divisione di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona.

**Introduzione:** Numerosi trattamenti possono essere proposti ai pazienti con diagnosi di adenocarcinoma prostatico clinicamente localizzato a basso rischio. Tra di essi la prostatectomia radicale (retro pubica o laparoscopica) e la brachiterapia sono le opzioni più

diffuse, in grado di produrre risultati oncologici molto buoni e apparentemente sovrapponibili. Pertanto, il confronto tra queste due tecniche va affrontato non soltanto in termini di sopravvivenza libera da malattia ma anche di qualità di vita e di risultati funzionali. Lo scopo di questo studio è quello di verificare i risultati oncologici e funzionali su un campione omogeneo di 200 pazienti con tumore prostatico a basso rischio sottoposti a RRP o BT.

**Materiali e Metodi:** Da Maggio 1999 a Ottobre 2002, 200 pazienti (età media 65.3 +/- 8.7) con adenocarcinoma prostatico a basso rischio (stadio clinico T2, PSA < 10 ng/mL e Gleason score < 7) sono stati arruolati e randomizzati in due gruppi sottoposti a prostatectomia radicale retro pubica (RRP) (gruppo 1) e a brachiterapia (BT).

Prima e dopo il trattamento i pazienti sono stati valutati con esame obiettivo, dosaggio del PSA, compilazione dei questionari IPSS, IIEF-5 e EORTC-QLQ-C30/PR25. I risultati oncologici vengono presentati dopo 5 anni mentre i risultati funzionali a 6 mesi, un anno e 5 anni di follow-up medio.

**Risultati:** Tra i 200 pazienti arruolati, 174 hanno completato il follow-up previsto. Riguardo ai risultati oncologici, simili tassi di sopravvivenza liberi da malattia biochimica a 5 anni sono stati riscontrati nei pazienti sottoposti a RRP (91.0%) e a BT (91.7%). Riguardo ai risultati funzionali, a sei mesi e a un anno di follow-up, entrambe le tecniche hanno riportato una significativa riduzione della qualità di vita mentre i pazienti sottoposti a BT hanno riferito una maggiore e più duratura percentuale di disturbi irritativi minzionali ma una migliore funzione erettiva rispetto ai pazienti sottoposti a RRP. Nessuna differenza nei risultati funzionali è stata riscontrata a 5 anni di follow-up nei due gruppi di pazienti.

**Conclusioni:** RRP e BT sono due differenti opzioni per il trattamento dei pazienti affetti da adenocarcinoma prostatico a basso rischio in grado di produrre differenti sequele in termini di disturbi minzionali e funzione erettiva. Ulteriori studi con un più ampio numero di pazienti e un maggior follow-up sono necessari per confermare i buoni e simili risultati oncologici riportati a 5 anni da queste due tecniche.

#### Bibliografia

1. Roehl KA, Han M, Ramos CG, Antenor JA, Catalona WJ. Cancer progression and survival rates following anatomical radical retropubic prostatectomy in 3478 consecutive patients: long term results.
2. Sharkey J, Cantor A, Solc Z, Huff W, Chovnick SD, Behar RJ, Perez R, Otheguy J, Rabinowitz R. 103Pd brachytherapy versus radical prostatectomy in patients with clinically localized prostate cancer: a 12-year experience from a single group practice. *Brachytherapy* 4 (2005) 34-44.
3. Namiki S, Satoh T, Baba S, Ishiyama H, Hayakawa K, Saito S, Arai Y. Quality of life after brachytherapy or radical prostatectomy for localized prostate cancer: a prospective longitudinal study. *Urology* 68:1230-1236, 2006.
4. Potters L, Klein EA, Kattan MW, Reddy CA, Ciezki JP, Reuther AM, Kupelian PA. Monotherapy for stage T1-T2 prostate cancer: radical prostatectomy, external beam radiotherapy or permanent seed implantation. *Radiotherapy and Oncology* 71 (2004) 29-33
5. Tward JD, Lee CM, Pappas LM, Szabo A, Gaffney DK, Shrieve DC. Survival of men with clinically localized prostate cancer treated with prostatectomy, brachytherapy or no definitive treatment. *American Cancer Society* 2006.

Abstract n. 184 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**PROSTATECTOMIA RADICALE LAPAROSCOPICA ROBOT-ASSISTITA (RALP): VALUTAZIONE PROSPETTICA DEI PRIMI 120 PAZIENTI**

Giberti C., Schenone M., Cortese P., Gallo F.

Dipartimento di Chirurgia, Divisione di Urologia, Ospedale San Paolo, Savona

**Introduzione:** L'introduzione della tecnologia robotica sembra aver fornito un notevole potenziale per un miglioramento dei risultati chirurgici e per un drastico abbattimento della curva di apprendimento associata alla tecnica laparoscopica tradizionale. Riportiamo i risultati oncologici e funzionali relativi alle prime 120 RALP eseguite dalla nostra equipe, in assenza di alcuna precedente esperienza laparoscopica.

**Materiali e Metodi:** Nel periodo compreso tra Marzo 2006 e Settembre 2008, 120 pazienti (età media 64 anni) affetti da adenocarcinoma prostatico clinicamente intracapsulare sono stati sottoposti, presso il nostro istituto, a RALP con sistema robotico Da Vinci a 3 braccia. I pazienti sono stati valutati prospetticamente nel follow-up con dosaggio del PSA, esame obiettivo e compilazione dei questionari IIEF, IPSS ed EORTC-QLQ-C30/PR25, nel rispetto delle linee guida EAU. Il follow-up medio risultava pari a 15 mesi.

**Risultati:** il tempo operatorio medio risultava pari a 245 minuti, la degenza e il tempo di mantenimento a dimora del catetere mediamente di 6.7 e di 8.5 giorni. La conversione ad una tecnica open risultava necessaria in 10 pazienti (8.3%)

La valutazione patologica riportava uno stadio pT2 e pT3 rispettivamente in 64/110 e 46/110 pazienti. Margini chirurgici positivi venivano riscontrati nel 34% dei pazienti totali ma nel 9% delle forme pT2.

4/110 pazienti (3%) sono stati persi al follow-up e, pertanto, i dati oncologici e funzionali risultavano riferibili ai rimanenti 116 pazienti.

Ad un follow-up medio di 16 mesi una recidiva biochimica veniva riportata rispettivamente da 2/106 (1.8%) pazienti con stadio pT2 e da 6/106 (5.6%) pazienti con stadio pT3. 99/106 pazienti (93%) risultavano perfettamente continenti o indossavano un pad di sicurezza. Per quel che riguarda la funzione erettiva, tra i pazienti con età < 70 anni, buone erezioni (IIEF>17) venivano riportate dall'80% e dal 56% dei pazienti rispettivamente sottoposti a RALP nerve-sparing bilaterale e monolaterale. Il tasso di complicanze risultava pari al 9%.

**Conclusioni:** Come dimostrato dalla nostra esperienza, il sistema robotico Da Vinci permette al chirurgo con poca o nessuna esperienza laparoscopica di eseguire una prostatectomia radicale raggiungendo rapidamente buoni risultati oncologici e funzionali con un accettabile tasso di conversioni e/o complicanze.

**Bibliografia**

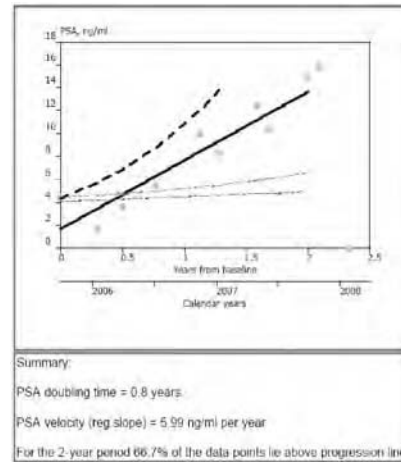
1. Menon M, Shrivastava A, Kaul S et al. Vattikuty institute prostatectomy: contemporary technique and analysis of results. *Eur Urol* 51: 648-658, 2007.

Abstract n. 185 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Prostata 2 - ore 08.00 Sala Sforza)

**ACTIVE SURVEILLANCE IN LOW-RISK PROSTATE CANCER: PRELIMINARY ANALYSIS ON THE CORRELATION BETWEEN PSA KINETICS AND HISTOLOGICAL UPSIZING/UPGRADING**

Giganti M.O.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>1</sup>, Rancati T.<sup>1</sup>, Nicolai N.<sup>1</sup>, Villa S.<sup>1</sup>, Magnani T.<sup>1</sup>, Stagni S.<sup>1</sup>, Colecchia M.<sup>1</sup>, Bedini N.<sup>1</sup>, Procopio G.<sup>1</sup>, Salvioni R.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Istituto Nazionale Tumori

**Objective:** The description of the active surveillance (AS) protocol used at the Istituto Nazionale dei Tumori in Milan is the topic of an other abstract presented to this meeting. Here we focus on the preliminary analysis of the correlation between PSA kinetics and protocol drop out for patients (pts) undergoing AS. **FIGURA Methods:** Since March 2005 AS protocol has been proposed to low-risk pts as an alternative to active radical treatment. Between March 2005 and November 2007, 75 pts entered our institutional



analysis of the correlation between PSA kinetics (PSA doubling time (DT), PSA velocity and Klotz formulae and histological upstaging/upgrading at first re-biopsy.

**Results:** 27/81 pts dropped out due to cancer progression. PSA at diagnosis, age, clinical stage, Gleason Score at the first biopsy and percentage of positivity in the bioptic cores did not significantly associate with deferred radical treatment. PSADT<10 yrs was significantly correlated with biopsy upgrading and upstaging (19.5% if PSADT> 10 yrs or negative vs 51.4% if <10 yrs, p = 0.005). PSA velocity was also significantly associated with disease upgrading/upstaging: 17% if PSA velocity < 0.2 ng/ml/yr and 50% if PSA velocity > 0.2 ng/ml/yr (p = 0.05).

Based on the Klotz formulae pts were classified as being at high-risk/medium-risk/low-risk of disease progression: 19/81 pts (23.5%) were classified as high-risk of disease progression, 11/81 (13.5%) were included in the intermediate-risk group and 51/81 (63%) in the low-risk group. Pts in the high-risk group had a significant increased probability of dropping out from AS protocol at first re-biopsy (57.9% dropped out in the high-risk group vs 36.4% and 23.5% in the intermediate- and low- risk groups respectively, p = 0.01).

**Conclusions:** Despite the limited number of pts, significant correlation was found between disease upgrading/upstaging at first rebiopsy and PSADT, PSA velocity and risk classification based on Klotz formulae. Ongoing studies are trying to optimize AS protocols in order to be efficient in the detection of non-indolent tumors: PSA kinetics evaluation coupled to 1 yr re-biopsy seem to be useful to this purpose. Further follow-up is obviously needed to determine the effect of deferred radical treatment on local/distant disease control and on overall survival.

Abstract n. 186 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.00 Sala Borromeo)

**RADIOTERAPIA ADIUVANTE E RADIOTERAPIA DI SALVATAGGIO: L'ESPERIENZA DI IVREA**

Girelli G.<sup>1</sup>, Sciacero P.<sup>1</sup>, La Porta M.R.<sup>1</sup>, Cante D.<sup>1</sup>, Ozzello F.<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Servizio di radioterapia ASL TO4 Ivrea

**Introduzione e Obiettivi.** La radioterapia (RT) dopo prostatectomia radicale trova indicazione come trattamento adiuvante in pazienti con PSA non rilevabile o appena rilevabile oppure come trattamento di salvataggio con PSA in risalita dopo sei mesi dall'intervento o mai azzeratosi. Il nostro lavoro intende valutare il beneficio clinico e la tossicità della RT adiuvante vs la RT di salvataggio, dopo intervento radicale, in pazienti provenienti da diverse Unità Operative Chirurgiche.

**Materiali e Metodi.** Sono stati analizzati retrospettivamente 248 pazienti sottoposti a linfoadenectomia pelvica e prostatectomia

protocol (SAINT). In November 2007 the PRIAS (Prostate cancer Research International: Active Surveillance) international protocol was started and 53 pts were enrolled between November 2007 and March 2009. To date (March 2009), 81/128 pts have at least 1 year of follow-up, and can be considered for the



radicale per pT2b-pT4 pN0-N1 e successivamente radiotrattati presso il servizio di Radioterapia dell'ospedale Civile di Ivrea dal 1 gennaio 1997 al 31 dicembre 2008, 118 con intento adiuvante e 130 di salvataggio (tempo superiore ai 6 mesi dall'intervento chirurgico). Il volume di irradiazione è stato definito mediante l'utilizzo della formula di Roach, (pelvi + loggia o solo loggia prostatica). La dose erogata è stata di 6800 cGy con 180/200 cGy / frazione.

**Risultati:** Con un follow up mediano di 30 mesi, la sopravvivenza libera da malattia a 5 anni è risultata del 53% nel gruppo sottoposto a RT adiuvante rispetto al 37% in quello sottoposto a RT di salvataggio. La sopravvivenza libera da malattia a cinque anni è stata analizzata in funzione del Gleason score sul pezzo operatorio e del TNM, questa è risultata rispettivamente del 34% vs 38% e 62% vs 37% nella RT adiuvante rispetto a quella di salvataggio. Si è valutata la sopravvivenza libera da malattia in funzione del PSA > 10 ng/ml, risultante del 43% vs 22% (RT adiuvante rispetto a RT di salvataggio). Nei pazienti sottoposti a RT di salvataggio il PSA è stato ulteriormente analizzato in funzione del valore al momento della RT, 0.4 ng/ml vs < 0.4 ng/ml. Tale dato era disponibile in 96 pazienti, con una mediana di 0.7 ng/ml (range 0.2-8), la recidiva è stata del 24% tra i pazienti radiotrattati con PSA < 0.4 vs 35% nei pazienti radiotrattati con PSA 0.4 ng/ml.

**Tossicità:** È stata valutata con la scala RTOG, la tossicità acuta globalmente considerata GU si è manifestata nel 12% dei pazienti (grado 1-2) e quella tardiva nel 3%, grado 2-3. La tossicità GI acuta ha interessato l'11% dei pazienti e quella tardiva il 5%, (grado 1-2). L'incontinenza urinaria non è variata mantenendosi all'8% sia prima che dopo la RT.

L'attività sessuale pre chirurgia, pre RT e post RT è stata valutata in 120 pazienti. Prima della chirurgia 117 (97,5%) dei pazienti riferiva una soddisfacente attività sessuale.

Prima della RT, 108 (90%) non erano in grado avere rapporti sessuali, 4 (3,6%) riferivano una parziale erezione, 2 (1,6%) erano in grado di portare a termine un rapporto sessuale mediante iniezione di prostaglandine (Caverjet®) e 6 (5%) riferivano un'attività sessuale normale. Solo un paziente con attività sessuale integra dopo chirurgia ha riferito la comparsa di impotenza dopo RT.

**Conclusioni:** I risultati confermano che la RT postoperatoria, dopo prostatectomia radicale, se somministrata in regime adiuvante è in grado di migliorare la sopravvivenza libera da malattia in pazienti con fattori avversi, quali PSA elevato e TNM. Si conferma inoltre nei pazienti sottoposti a RT di salvataggio l'importanza del basso valore di PSA pre RT che correla con una minor percentuale di recidive biochimiche.

Abstract n. 187 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Vescica - ore 08.00 Sala Borromeo)

**STUDIO COMPARATIVO DELLA QUALITÀ DI VITA (QLQ) DOPO SOMMINISTRAZIONE ENDOVESICALE RANDOMIZZATA DI GEMCITABINA E BCG IN PAZIENTI CON CARCINOMA VESCICALE NON MUSCOLO INVASIVO (CVNMI) A RISCHIO INTERMEDIO: RISULTATI PRELIMINARI**

Gontero P.<sup>1</sup>, Sanguedolce F.<sup>2</sup>, Fiorito C.<sup>1</sup>, Gillo A.<sup>1</sup>, Marson F.<sup>1</sup>, Lucca I.<sup>1</sup>, Sogni F.<sup>1</sup>, Berta G.<sup>1</sup>, De Libero A.<sup>1</sup>, Valentino F.<sup>1</sup>, Serra N.<sup>1</sup>, Pappagallo G.<sup>3</sup>, Martorana G.<sup>2</sup>, Tizzani A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urologia 1, Università di Torino, ASO S. Giovanni Battista Molinette; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia, Università degli Studi di Bologna; <sup>3</sup>Ufficio di Epidemiologia & Sperimentazioni Cliniche, Ospedale di Mirano

**Introduzione:** Sebbene sia riportato che il BCG presenta un profilo di tollerabilità inferiore rispetto ai chemioterapici endovesicali, attualmente non esistono studi comparativi sulla QoL in pa-

zienti trattati con BCG e chemioterapia endovesicale. La qualità di vita percepita potrebbe fornire ulteriori informazioni nella valutazione degli eventi avversi. Riportiamo l'impatto sulla qualità di vita ad un anno (obiettivo primario) di pazienti trattati con un ciclo di instillazioni intravesicali di BCG e gemcitabina, chemioterapico ben tollerato, recentemente autorizzato in Italia per la somministrazione endovesicale.

**Materiali e Metodi:** L'obiettivo primario di questo studio è la valutazione della scala funzionale di global health status (GHS) del questionario EORTC QLQ-C30. Pazienti con diagnosi o recidiva di tumore vescicale non muscolo invasivo a rischio intermedio sono stati randomizzati in due gruppi di trattamento: uno sottoposto a immunoterapia con BCG Connaught (23 mg - un terzo di dose), l'altro trattato con gemcitabina 2 g in 50 ml, entrambi con schema di induzione settimanale per 6 settimane e mantenimento annuale.

I questionari QLQ-C30 e BLS-24 (un modulo specifico per i tumori non muscolo invasivi) sono stati somministrati ai pazienti prima della terapia, alla fine del ciclo di induzione ed alla fine di quello di mantenimento annuale. Gli eventi avversi del trattamento sono stati registrati secondo il sistema di gradazione CTC-AEv3. I risultati sono stati elaborati utilizzando gli "scoring manuals" dei 2 questionari mediante analisi della varianza.

**Risultati:** 69 (34 trattati con Gemcitabine e 35 con BCG) dei 74 pazienti randomizzati hanno sinora risposto ai questionari prima e dopo le instillazioni di induzione. Relativamente al dominio global health status (GHS), non vi è stata differenza significativa all'interno di ciascun braccio (within-subjects effects, WSE: F = 1.543, P = .218) mentre vi è stata differenza significativa tra i 2 bracci (between-subjects effects, BSE: F = 5.034, P = .028) a favore di gemcitabina. Il dominio sintomi urinari (US), ha mostrato un WSE F = 1.776, P = .187 ed un BSE F = 6.748, P = .012, a favore di gemcitabina. Problemi correlati alla terapia endovesicale (ITP), WSE F = .054, P = .818; BSE F = 10.994, P = .001. Il dominio che indaga la "prospettiva per il futuro" (FP) ha avuto un trend di miglioramento significativo all'interno di ciascun braccio (WSE F = 5.437, P = .023) senza differenze tra i 2 bracci (BSE F = .612, P = .437). Gonfiore addominale e flatulenza (ABF) hanno invece mostrato un trend peggiorativo per gemcitabina (WSE F = 5.730, P = .019; BSE F = 1.565, P = .21).

**Conclusioni:** La gemcitabina ha dimostrato, in modo statisticamente significativo e clinicamente rilevante, un global health status migliore rispetto al BCG. Anche i sintomi urinari e i problemi intravesicali si sono dimostrati statisticamente inferiori con gemcitabina. È stato però osservato un trend peggiore per la gemcitabina per quanto riguarda i sintomi addominali.

**Tabella 1.**

Functional scales	Treatment arm	Basal Score (%)	Post induction Score	Δ basal* →post (%) *
QLQ-C30 GHS	Gemcitabine	72.3	84.8	+12.5
	BCG	72.8	65.0	-7.9
QLQ-BLS24 US	Gemcitabine	20.2	15.0	-5.2
	BCG	20.1	23.4	+3.3
QLQ-BLS24 ITP	Gemcitabine	23.0	17.4	-5.6
	BCG	22.4	27.6	+5.2
QLQ-BLS24 FP	Gemcitabine	24.8	19.3	-5.6
	BCG	23.5	16.5	-7.0
QLQ-BLS24 ABF	Gemcitabine	18.6	24.5	+5.9
	BCG	18.1	17.1	-0.9

\* absolute difference

Abstract n. 188 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**RADIOTERAPIA INTRA-OPERATORIA (IORT) IN CORSO DI PROSTATECTOMIA RADICALE RETROPUBICA (RRP) PER CANCRO DI PROSTATA LOCALMENTE AVANZATO: ASPETTI TECNICI E DOSIMETRIA**

**Krengli M.<sup>1</sup>, Terrone C.<sup>2</sup>, Ballare A.<sup>1</sup>, Loi G.<sup>3</sup>, Tarabuzzi R.<sup>2</sup>, Marchioro G.<sup>2</sup>, Beldi D.<sup>1</sup>, Mones E.<sup>3</sup>, Bolchini C.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>2</sup>, Frea B.<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Radioterapia, Az. Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara, Italia; <sup>2</sup>Urologia, Az. Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara, Italia; <sup>3</sup>Fisica Medica, Az. Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara, Italia; <sup>4</sup>Urologia, Az. Ospedaliero-Universitaria S. Maria della Misericordia, Udine, Italia

**Introduzione e Obiettivi:** La RRP nel tumore di prostata (PCa) localmente avanzato ha un ruolo sempre più determinante, anche se la percentuale di recidiva locale dopo PR raggiunge valori del 40% negli stadi T3 T4. Scopo del nostro lavoro è stato analizzare la sicurezza della IORT in corso di RRP, per pazienti con PCa localmente avanzato, in funzione dei parametri dosimetrici e della tecnica chirurgico-radioterapica.

**Materiali e Metodi:** Trentotto pazienti con PCa localmente avanzato sono stati arruolati dal novembre 2005 all'agosto 2008. I criteri di inclusione nello studio sono stati: probabilità di patologia organo-confinata >25%, e rischio di coinvolgimento linfonodale >15% in accordo con i Nomogrammi del Memorial Sloan Kettering Cancer Centre. L'invasione neoplastica linfonodale alla TC preoperatoria non è stato considerato un criterio di esclusione.

La IORT è stata effettuata dopo l'esposizione dell'apice prostatico durante la RRP, con un acceleratore dedicato con collimatori con diversi tipi di bevel e usando energie di 9-12 MeV per una dose totale di 10-12 Gy. La dose rettale è stata misurata "in vivo" con radio-chromic films posizionati su una sonda rettale. La IORT è stata seguita dal completamento della RRP e linfadenectomia pelvica bilaterale. Tutti i casi con estensione extracapsulare e/o margini positivi sono in seguito stati sottoposti a completamento del trattamento di radioterapia post operatoria a circa 1 mese dall'intervento. Nei pazienti con stadio patologico pT3-4 o con linfonodi positive all'analisi patologica è stata somministrata la terapia ormonale adiuvante.

**Risultati:** La dose mediana rilevata dai dosimetri endorettali è stata di 3.9 Gy (0.4-8.9) sulla superficie anteriore del retto. La procedura sola di IORT è durata al Massimo 31 minuti (15-45). Non abbiamo osservato complicanze maggiori intra-post operatorie. Complicanze minori si sono verificate in 10/33 (30%) pazienti. In 27 pazienti la procedura è stata completata entro il follow up. 3/27 pazienti hanno avuto una tossicità rettale di grado 2 e 1/27 una tossicità urinaria di grado 2.

**Conclusioni:** La IORT in corso di RRP è una metodica fattibile e sicura. È possibile inoltre associare alla dose somministrata intraoperatoriamente una ulteriore dose di ERBT di 50 Gy senza gravi complicanze rettili ed urinarie.

Abstract n. 189 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**CISTECTOMIA RADICALE HARMONIC SCALPEL ASISTED? SOLO TECHNIQUE? (UNICO E SOLO OPERATORE ED UNICO PUNTO DI SUTURA) E NEOVESCICA ORTOTOPICA SEC HAUTMANN.**

**Leoni S., Pini G., Hind A., Rossi R., Viola D., Martino F.**  
UO di Urologia, Arcispedale SMN, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia

**Introduzione e Obiettivi:** La cistoprostatectomia radicale laparo-

tomica è il gold standard nel trattamento della neoplasia vescicale muscolo invasiva e nei casi ad alto rischio (T1, G3, CIS) non responsiva a terapia conservativa.

Il video riporta l'esperienza sviluppata in 18 anni nell'esecuzione di 582 cistectomie radicali, da 10 anni Harmonic Scalpel Assisted, con neovescica ortotopica ileale sec Hautmann in 195 casi.

**Metodi:** Analisi retrospettiva di dati operatori e postoperatori di 25 pazienti operati per neoplasia vescicale dal 01/2007 a 12/2007.

**Note di tecnica:** Cistectomia Harmonic Scalpel (Ethicon Endo Surgery, Cincinnati, OH) assistita. Identificazione e sezione del legamento ombelicale mediano. Preparazione dello spazio prevescicale del Retzius ed accesso alla cavità peritoneale. Incisione peritoneale vescicale posteriore. Identificazione e sezione bilaterale e dei dotti deferenti. Esposizione dei vasi ipogastrici e sezione dell'arteria ombelicale obliterata e vescicale superiore. Identificazione e sezione dell'uretere nel piano sottostante. Sezione dei peduncoli vascolari posterolaterali. Incisione del peritoneo posteriore nello scavo del Douglas. Sviluppo digitale del piano inter vescico rettale fino ad esposizione delle vescicole seminali. Incisione della fascia endopelvica e legatura del plesso venoso del santorini. Sezione dei legamenti pubo prostatici uretra e del muscolo uretro rettale.

Linfeadenectomia ilico otturatoria. Neovescica ileale ortotopica sec Hautmann: segmento ileale 45 cm, 20 cm dalla valvola ileocecale. Ripristino continuità intestinale in laterolaterale. Confezionamento neovescica a W con due camini. Anastomosi uretro neovesicale in Polydioxanone 3/0.

**Risultati:** Follow up medio (13 26 mesi). Il tempo operatorio totale 175 min (155 215 min); demolitivo 42 min (35 62 minuti). Emorragia media 100ml (75 150 ml. Nessuna trasfusione postoperatoria.

**Conclusioni:** L'approccio alla fase demolitivi nella cistectomia radicale ha subito una profonda trasformazione in seguito all'introduzione dell'Harmonic Scalpel, in dotazione dal 1999 nella nostra struttura. L'efficacia di coagulo e taglio su vasi di 9 mm e la minor dispersione energetica ai tessuti circostanti ha permesso la riduzione drastica del tempo demolitivo, delle perdite ematiche ed il bisogno di apporre punti di sutura. Unico e solo punto rimane quello applicato al plesso venoso di Santorini. Permette inoltre l'esecuzione da parte di un unico e solo operatore con richiesta di una minima assistenza. La cistectomia radicale Harmonic Scalpel asisted "SOLO" è una tecnica rapida, semplice e di efficace esecuzione. Riduce la necessità di assistenza al 1° chirurgo. Le perdite ematiche sono minime e la ridotta apposizione di punti di sutura permettono una minore ischemizzazione tessutale.

Abstract n. 190 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**WEEKLY DOCETAXEL IN HORMONE REFRACTORY PROSTATE CARCINOMA: RESULTS OF A STUDY OF FASE II**  
**Lupo G., Caristi N, Gali A., Magno C., Morgia G., Nastasi G., Altavilla G.**

UOC di oncologia medica UOC di urologia Azienda ospedaliera Universitaria policlinico G. Martino di Messina

**Background:** Docetaxel has demonstrated beneficial activity in hormone-refractory prostate cancer as a single agent and in combination regimens. Traditionally, the recommended administration schedule of docetaxel has been once every 3 weeks. Data on the weekly administration schedule of docetaxel, compared with the every-3-week schedule, suggest it to be equally efficacious with potential fewer toxicities. We assessed the efficacy and safety of the weekly administration of docetaxel in this patients setting.

**Patients and methods:** Twenty four patients were treated with

dexamethasone 8 mg i.v. followed by docetaxel 30 mg/mq i.v. weekly for a cycle of three consecutive weeks every month. Eligibility criteria were: histo-citologically proven metastatic prostate cancer, progressive disease after previous hormonal treatment, measurable or evaluable disease (as evidenced by a PSA level > 20 ng/ml), ECOG PS-1, age < 75 years, adequate haematological, cardiac and renal function, and informed written consent. WHO criteria were utilized for response assessment in measurable lesions, PSA response was defined as a reduction from baseline of at least 50% on two consecutive measurement at 3 week interval.

**Results:** All patients are evaluable for efficacy and toxicity. Median age 67 (range 46-75); ECOG PS 0/1= 11/13; 10 soft tissue metastatic measurable and evaluable patients, 14 only evaluable patients. Patients received a median of 4 cycles (range 2-8); a total of 111 chemotherapy cycles was administered. PSA response was detected in 56% of patients and 30% of patients had reduction of pain. Toxicities: grade 3-4 neutropenia was detected in 6 patients (25%), anemia grade 3 in two; alopecia in six patients and nail change in 4 patients.

**Conclusion:** Weekly docetaxel is a well tolerated regimen with a significant activity in the treatment of hormone refractory advanced prostate cancer patients.

Abstract n. 191 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**SUNITINIB NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA A CELLULE RENALI METASTATICO DEL PAZIENTE? POOR PERFORMANCE STATUS?: REPORT PRELIMINARE MONOCENTRICO**

Luporini A.G.L.<sup>1</sup>, Carmignani L.<sup>2</sup>, Picozzi S.<sup>2</sup>, Bozzini G.<sup>2</sup>, Galeassi A.<sup>1</sup>, Navoni N.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Divisione di Oncologia Medica II, IRCCS Policlinico San Donato, Università di Milano; <sup>2</sup>Divisione Universitaria di Urologia, IRCCS Policlinico San Donato, Università di Milano

**Introduzione:** Il Sunitinib è un potente inibitore dei recettori tirosin chinasi per VEGFR, c-kit e PDGFR. Il Sunitinib ha dimostrato attività antineoplastica come terapia di prima e seconda linea in pazienti con tumore a cellule renali metastatico (MRCC) che abbiano una istologia a cellule chiare e siano stati giudicati eleggibili per il trattamento contro le metastasi. Il farmaco ha dimostrato un prolungamento della sopravvivenza libera da malattia (DFS) e della sopravvivenza assoluta (OS) in pazienti portatori di RCC e più del 70% dei pazienti può averne un beneficio clinico.

**Materiali e Metodi:** Dal 2007 abbiamo trattato 6 pazienti "poor performance status" (ECOG PS>2) con MRCC come terapia di prima linea. È stata utilizzata la dose approvata di 50 mg/d di Sunitinib per os per 4 settimane, seguite da un periodo libero di due settimane. Tutti i pazienti metastatici arruolati avevano le seguenti caratteristiche: età media 66 aa (range 55-73), presenza di metastasi linfonodali (retroperitoneali o mediastiniche) nel 33%, polmonari nel 33%, ossee nel 22% ed epatiche nell'11% dei casi. Il trattamento è stato protratto fino alla progressione del tumore o alla comparsa di effetti collaterali intollerabili. Allo stato attuale tutti i pazienti sono valutabili per quanto riguarda la tossicità e la sicurezza del farmaco, ma è troppo presto per valutare efficacia e risposta.

**Risultati:** Le più comuni manifestazioni cliniche (di qualsiasi grado) includono sintomi gastrointestinali (nausea, diarrea, mucositi e stomatiti) in più del 30% dei pazienti, sintomi cardiovascolari (ipertensione) nel 40% e reazioni cutanee (rash e "hand-foot syndrome"). Le più comuni alterazioni ematochimiche si sono verificate in associazione alle manifestazioni gastrointestinali, renali ed ematologiche. Le tossicità cliniche di grado 3-4 come fatica, ipertensione ed eventi ematologici (neutropenia e trom-

bocitopenia) che si sono presentate durante il trattamento con sunitinib si sono avute in meno del 20% dei casi trattati.

**Conclusioni:** Il trattamento con Sunitinib sembra sicuro e di facile applicazione per i pazienti "poor performance status" (ECOG > 2) ed anziani (> 65). La maggior parte degli effetti collaterali verificatisi sono di bassa-media intensità se confrontati agli eventi concomitanti l'exitus nei pazienti non trattati. Per risultati a lungo periodo sui benefici clinici e l'attività (stabilizzazione di malattia o risposta oggettiva) nei MRCC sarà necessario attendere i risultati dei trial in atto. Oltre all'introduzione di nuove linee terapeutiche focalizzate, le cure palliative rimangono un'opzione accettabile per il MRCC soprattutto per la prognosi infausta tipica della malattia.

Abstract n. 192 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**RISULTATI E COMPLICANZE IN UNA SERIE DI DERIVAZIONI URINARIE ETERTOPICHE CONTINENTI CATETERIZZABILI CON LA TECNICA INDIANA POUCH**

Maffezzini M., Campodonico F., Capponi G., Canepa G. S.C. Urologia

**Introduzione:** Le derivazioni urinarie eterotopiche continenti cateterizzabili hanno ricevuto una diffusione relativamente limitata e minore rispetto alle derivazioni ortotopiche.

**Obiettivo:** Valutare i risultati e le complicanze in una serie di pazienti sottoposti a cistectomia radicale (CR) e derivazione eterotopica continente cateterizzabile

**Materiali e Metodi:** La derivazione urinaria eterotopica continente e cateterizzabile è stata confezionata secondo la tecnica descritta dall'Università dell'Indiana (Indiana Pouch), ovvero, impiando il tratto terminale dell'ileo, il colon ascendente fino alla flessura epatica. Alcune varianti rispetto alla tecnica originale sono state applicate nel corso del tempo e, specificamente, l'ampiezza del prelievo ileale è stata ridotta ed abolita la riduzione di calibro, ampliato il prelievo del colon, e la continuità intestinale è stata ristabilita mediante una anastomosi manuale ileo-colica latero-laterale isoperistaltica. Inoltre, è stato applicato un protocollo multimodale peri-operatorio finalizzato alla riduzione dell'incidenza dell'ileo dinamico post-operatorio ed alla riabilitazione precoce della funzione intestinale.

**Risultati:** Dal Gennaio 2003 al Settembre 2008 sono stati sottoposti a CR e derivazione eterotopica continente cateterizzabile 53 pazienti, con la tecnica Indiana Pouch. Di età compresa tra i 37 ed 85 anni. 32 di essi di età inferiore a 70 anni e 21 di età da 71 anni ed oltre. 34 su 53 appartenevano alla classe ASA 3, e 19 ASA 2. In 52 casi si è trattato di derivazione primaria ed in un caso di derivazione secondaria dopo condotto ileale. Ad un follow-up medio di 36 mesi, range 6 -51 mesi 39 pz. sono vivi senza evidenza di malattia, 4 sono vivi, in trattamento sistemico per progressione di malattia, 8 sono deceduti per malattia e 2 per complicanze post-operatorie. Le complicanze osservate nei primi 90 giorni post-operatori sono riassunte in Tabella.

Sepsi fatale	2*
Sepsi non fatale	6*
Deiscenza anastomosi uretero-intestinale	4**
Deiscenza parete addominale	2**
Laparocoele 2°	
TVP	1
Stenosi Ureterale	1**
Calcolosi Ureterale	1**
Reflusso Ureterale	1*
Pielonefrite	1*
Prolasso Mucosa Stoma	1°
IRC	2
Cateterismo Difficoltoso	1

Failure to Thrive	3
Delirio	5
* pazienti con più di 1 complicanza	18
° re-intervento	10

La mortalità peri-operatoria a 90 giorni è stata di 2 pz su 53 (3.7%). Il totale delle complicanze è stato di 18 su 53 (33%), di cui 10 (19%) hanno richiesto una soluzione chirurgica.

**Conclusioni:** La mortalità e le complicanze osservate, in rapporto alle caratteristiche generali della nostra popolazione di pazienti, età e classe ASA, sono nell'ambito di quanto descritto in letteratura, inoltre la derivazione intestinale eterotopica continente cateterizzabile è associata ad un ridotto numero di complicanze locali

**Abstract n. 193 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Vescica - ore 08.00 Sala Borromeo)**  
**TRATTAMENTO DI TCC NON-MUSCOLO INFILTRANTI DELLA VESCICA AD ELEVATA RECIDIVITÀ MEDIANTE TERMO-CHEMIOTERAPIA.**

**Maffezzini M., Campodonico F., Canepa G., Capponi G., Tamagno S.**  
 S.C. Urologia

**Introduzione:** Recidiva e progressione rappresentano i due eventi clinici di maggiore rilievo nei pazienti affetti da TCC della vescica non-muscolo infiltranti (NMI). In alcuni pazienti le recidive sono numerose e frequenti e la terapia topica convenzionale non è in grado di interferire significativamente con la malattia. In studi randomizzati la termochemioterapia (TCT) ha dimostrato maggiore efficacia nella prevenzione delle recidive rispetto alla terapia endovesicale standard.

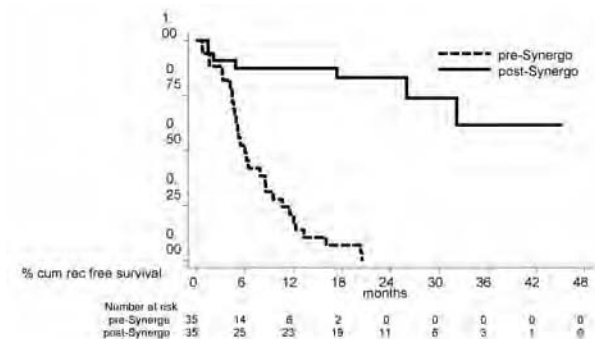
**Obiettivi:** valutare l'efficacia della TCT nella prevenzione delle recidive in pazienti affetti da TCC ad elevata recidività.

**Materiali e Metodi:** pazienti affetti da TCC NMI della vescica con frequenza di recidività inferiore o uguale ad un episodio in 6 mesi sono stati definiti ad elevata recidività e sono stati sottoposti a trattamento con TCT mediante l'instillazione di MMC 20 + 20 mg e contemporanea ipertermia vescicale mediante sistema Synergo a 43 gradi C°. e seguiti mediante cistoscopia e citologia trimestrali fino a nuovo evento (recidiva o progressione). Gli effetti collaterali sono stati sorvegliati e registrati applicando i Common Toxicity Criteria (vs 3.0)

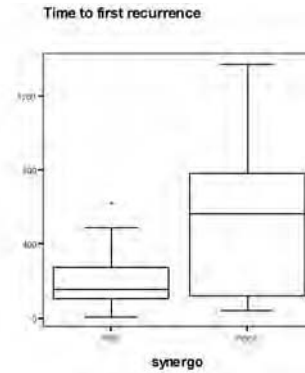
**Risultati:** Sono stati trattati 33 pz, 21 maschi e 12 femmine, di cui 29 sono valutabili: 12 in stadio pTa, 17 in stadio pT1; 21 ad alto grado e 11 a basso grado; 10 con un solo precedente di malattia, 10 con due, 12 con tre, ed 1 con 4.

**Risultati:** i risultati sono riassunti nella Figura 1 che confronta le curve di Kaplan-Meier delle recidive prime a dopo trattamento e nella Figura 2 che confronta le medie delle recidive nel tempo prima e dopo trattamento.

**Figura 1.**



**Figura 2.**



**Conclusioni.** Il trattamento con TCT si dimostra efficace nei pazienti affetti da TCC NMI della vescica ad elevata recidività.

**Abstract n. 194 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)**

**ANALISI DEI FATTORI PREOPERATORI PREDITTIVI NELLA VALUTAZIONE DELLA SOPRAVVIVENZA LIBERA DA MALATTIA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE, PER CANCRO DI PROSTATA E PSA MAGGIORE DI 20 ng/ml**

**Marchioro G.<sup>1</sup>, Vidali M.<sup>2</sup>, Zaramella S.<sup>1</sup>, Tarabuzzi R.<sup>1</sup>, Volpe A.<sup>1</sup>, Maso G.<sup>1</sup>, Billia M.<sup>1</sup>, Varvello F.<sup>1</sup>, Di Domenico A.<sup>1</sup>, Frea B.<sup>3</sup>, Terrone C.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Az. Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara, Italia; <sup>2</sup>Laboratorio di Ricerche Chimico-Cliniche, Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Novara; <sup>3</sup>Divisione Universitaria di Urologia, Az. Ospedaliero-Universitaria SS Maria della Misericordia, Udine, Italia

**Scopo del lavoro:** Nei pazienti con cancro di prostata (PCa) ed elevato PSA alla diagnosi, in mancanza a tutt'oggi di linee guida, è difficile decidere quali si possono giovare della prostatectomia radicale (RP). L'obiettivo dello studio è valutare l'outcome dei pazienti sottoposti a RP come primo step di un trattamento multimodale con PSA > 20 ng/ml, allo scopo di definire i parametri preoperatori più utili nel predire la sopravvivenza libera da malattia (BCR).

**Materiali e Metodi:** Dall'1998 2008, 810 pazienti sono stati sottoposti a prostatectomia radicale retropubica presso la nostra Divisione per adenocarcinoma prostatico. 121 pazienti presentavano un PSA alla diagnosi maggiore di 20 ng/ml (media 47,6 ng/ml; SD 53,4), con un'età media di 66,1 anni (SD 5,9).

Abbiamo confrontato quindi il PSA, il Gleason score, lo stadio clinico e il numero di prelievi biotipici positivi, allo scopo di stabilire quali fra questi sia il più utile nell'individuare preoperatoriamente i pazienti che risulteranno liberi da malattia.

Il periodo medio di follow-up è stato di 58,2 mesi (SD 34,1). La sopravvivenza cancro specifica (CSS), la sopravvivenza globale (OS) e la sopravvivenza libera da ripresa biochimica (BCR) sono state valutate con l'analisi di Kaplan-Meier, mentre l'associazione con i fattori di rischio è stata valutata tramite la regressione Cox, utilizzando SPSS v.15.0.

**Risultati:** L'OS e la CSS sono state rispettivamente a 5 anni dell'84% e del 93%, mentre a 10 anni del 62% e dell'85%. La BCR a 5 e 10 anni è stata del 54% e del 50%.

47 pazienti (38,4%) hanno avuto segni clinici o biomorali di ripresa biochimica di malattia (Gruppo A) e 74 pazienti (61,6%) hanno PSA indosabile (Gruppo B). 14 pazienti del Gruppo A e 11 del Gruppo B sono morti e solo 7 per cancro di prostata, tutti appartenenti al Gruppo A.

I pazienti del Gruppo A presentavano un PSA medio alla diagnosi di 78,7 ng/ml (20-315), un numero di prelievi biotici positivi medio di 6,85, ed un Gleason score biotico medio di 7,8 (6-10). Nei pazienti nel Gruppo A il PSA medio era di 35,7 ng/ml (20-150), i prelievi positivi medi erano 3,45 su 12, ed il Gleason score biotico medio di 6,6 (5-9). Lo stadio clinico dei pazienti dei due gruppi è stato per il Gruppo A: T2 in 15 casi e T3-T4 in 32 casi mentre per il gruppo B: T2 in 33 casi e T3-T4 in 41 casi. Utilizzando i 4 parametri preoperatori, è possibile individuare fino all'86% dei pazienti che saranno liberi da malattia.

All'analisi univariata, solo il PSA, il Gleason score e lo stadio clinico sono fattori predittivi indipendenti per BCR e in particolare il PSA preoperatorio > 50 ng/ml ( $p = 0,001$ ).

All'analisi multivariata rimaneva associato solo il PSA preoperatorio ( $p = 0,024$ ).

**Conclusioni:** Nella nostra esperienza, elevati valori di PSA alla diagnosi non rappresentano una controindicazione assoluta alla prostatectomia radicale. Inoltre il Gleason score, lo stadio clinico, e il PSA individuano con buona precisione i pazienti che avranno una precoce ripresa biochimica di malattia e quindi che necessiteranno di terapia adiuvante alla RP

Abstract n. 195

#### COMUNICAZIONE BREVE

(sessione del 25/06/2009, Miscellanea 2 - ore 08.00

Sala Borromeo)

#### PROSTATECTOMIA RADICALE PER IL CANCRO DI PROSTATA LOCALMENTE AVANZATO COME PRIMO STEP DI UN TRATTAMENTO MULTIMODALE: STUDIO MULTICENTRO EUROPEO

Marchioro G.<sup>1</sup>, Gontero P.<sup>2</sup>, Joniau S.<sup>3</sup>, Spahn M.<sup>4</sup>, Tombal B.<sup>5</sup>, Bader P.<sup>6</sup>, Frohneberg D.<sup>6</sup>, Bangma C.<sup>7</sup>, Walz J.<sup>8</sup>, Tizzani A.<sup>9</sup>, Terrone C.<sup>1</sup>, Frea B.<sup>3</sup>, Van Cangh P.<sup>5</sup>, Schröder F.<sup>7</sup>, Huland H.<sup>8</sup>, Van Poppel H.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>University of Piemonte Orientale, Dept. Of Urology, Novara, Italy; <sup>2</sup>University Of Turin, Dept. Of Urology, Torino, Italy;

<sup>3</sup>University Hospitals Leuven, Dept. Of Urology, Leuven, Belgium; <sup>4</sup>Julius Maximilians Universität Würzburg, Dept. Of Urology, Würzburg, Germany; <sup>5</sup>Université Catholique De Louvain, Dept. Of Urology, Brussels, Belgium; <sup>6</sup>Community Hospital Karlsruhe, Dept. Of Urology, Karlsruhe, Germany;

<sup>7</sup>Erasmus Mc Rotterdam, Dept. Of Urology, Rotterdam, Netherlands; <sup>8</sup>University Medical Centre Eppendorf, Dept. Of Urology, Hamburg, Germany; <sup>9</sup>University of Udine, Dept. Of Urology, Udine, Italy

**Introduzione e Obiettivi:** I pazienti con cancro di prostata (PCa) localmente avanzato sono ad alto rischio di progressione di malattia e di morte cancro correlata. La prostatectomia radicale retropubica (RRP) gradualmente è stata accettata come primo passo di un trattamento multimodale, anche se rimangono aperte alcune controversie. Presentiamo i risultati di uno studio multicentrico su 895 pazienti affetti da PCa avanzato (cT3-T4), sottoposti a RP presso 8 istituzioni europee.

**Materiali e Metodi:** Abbiamo analizzato retrospettivamente i database delle RP dei diversi centri e incluso nello studio tutti i pazienti con PCa localmente avanzato e scintigrafia ossea negativa. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a RRP e linfadenectomia pelvica bilaterale. Trattamenti adiuvanti o di salvataggio sono stati applicati secondo i protocolli istituzionali ed i pazienti sono stati seguiti con normali controlli di follow up con controllo clinico e dosaggio del PSA periodicamente. Le indagini strumentali sono state eseguite in caso di ripresa biochimica o comparsa di sintomatologia. L'analisi statistica dei dati

è stata condotta con Kaplan-Meier method con Log Rank test. **Risultati:** Dal gennaio 1980 al dicembre 2'007, 895 pazienti con PCa localmente avanzato sono stati sottoposti a RRP in 8 centri europei. Il PSA mediano è stato 26.2 ng/ml (DS +/- 42.4) e l'età mediana di 64.9 anni (DS +/- 6.6). Alla diagnosi 809 pazienti (90.4%) presentavano uno stadio cT3a, 66 (7.4%) erano cT3b e 20 (2.2%) cT4. La stadiazione patologica ha dimostrato una malattia organo-confinata nel 18.1% dei pazienti ed una malattia localmente avanzata nell'81.9% (40% pT3a, 30.8% pT3b e 11.2% pT4). Il coinvolgimento linfonodale è stato evidenziato nel 22.7% e il Gleason score patologico medio è stato 7 (2-10). Abbiamo riscontrato la presenza di margini positivi nel 51.6% dei pazienti. Radioterapia ed ormonoterapia sono state somministrate nel 10.9% e 49% dei casi rispettivamente. Radioterapia ed ormonoterapia di salvataggio sono state somministrate in 8.7% e 9.4% dei pazienti rispettivamente. Il follow up mediano è stato di 69 mesi (DS +/- 43).

	sopravvivenza prospettica a 5 anni	sopravvivenza prospettica a 10 anni	sopravvivenza prospettica a 15 anni
Freedom from biochemical progression (PSA >0.2 ng/ml)	63.8	52.8	37.8
Freedom from local recurrence	92.9	87.2	64.7
Freedom from distant recurrence	89.1	83.1	80.2
Cancer specific survival	93.2	87.2	78.0
Overall survival	92.2	75.1	53.4

All'analisi multivariata il Gleason score patologico ed i margini positivi si sono dimostrati predittori indipendenti di ripresa biochimica. Il Gleason score patologico, lo stadio patologico ed i margini positivi sono fattori indipendenti di ripresa clinica. Il Gleason score patologico e l'interessamento linfonodale sono predittori indipendenti di sopravvivenza cancro specifica. Solo lo stadio patologico e l'età > 70 aa, si sono dimostrati fattori predittori indipendenti della sopravvivenza globale.

**Conclusioni:** Per ogni endpoint dello studio la RRP con o senza terapia adiuvante o di salvataggio offre eccellenti risultati nella malattia localmente avanzata. Questo studio consolida l'evidenza che la RRP non dovrebbe essere ignorata come primo passo nel trattamento multimodale per il PCa localmente avanzato.

Abstract n. 196 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

#### TUMORE RENALE CON INVASIONE CAVALE: TRATTAMENTO CHIRURGICO E RISULTATI ONCOLOGICI.

Maugeri O., Giusti G., Piccinelli A., Seveso M., Taverna G.L., Benetti A., Zandegiacomo De Zorzi S., Graziotti P. Istituto Clinico Humanitas

**Introduzione e Obiettivi:** Scopo di questo studio è valutare nella nostra esperienza i risultati della chirurgia del carcinoma renale con invasione cavale.

**Materiali e Metodi:** Dal gennaio 1997 abbiamo eseguito 680 trattamenti chirurgici per neoplasia renale. Di questi, 50 pazienti di età media pari a 68 anni (range 34-83 anni), presentavano alla diagnosi una trombosi cavale o cavo-atriale.

Le lesioni erano localizzate in 32 casi a dx e in 18 casi a sn, di dimensioni comprese tra i 6,5 ed i 20 cm (media 10,8 cm). 12 pazienti risultavano metastatici alla diagnosi e pertanto sottoposti a chirurgia a scopo citoreducente su indicazione dei colleghi oncologi in previsione di trattamento chemioterapico adiuvante.

In 17 pazienti il livello di trombosi era I, in 12 II, in 3 casi III. Dei restanti 18 pazienti, in cui il trombo si estendeva al di sopra del diaframma (livello IV), in 12 casi questo arrivava sino all'atrio dx. I 32 pazienti in cui il trombo interessava la cava al di sotto del diaframma venivano sottoposti a nefrectomia radicale con ac-

cesso anteriore e cavotomia. Dei 18 casi con trombosi di livello Livello IV, in 1 caso si era proceduto ad estrazione dello stesso mediante allargamento dell'accesso addominale ed apertura di diaframma e pericardio. Nei restanti 17 per l'asportazione del trombo si era reso necessario ricorrere a circolazione extracorporea ed ipotermia profonda ottenuta in 7 casi con tecnica standard (incisione addominale e toracotomia) ed in 10 casi con ausilio di Heartport® Port-Access™ Systems (sola incisione addominale). In 1 di questi pazienti si era reso necessario ricorrere a toracotomia ed atriotomia. per distacco della parte prossimale del trombo estratto poi dall'atrio destro.

**Risultati:** I risultati sono riassunti nella tabella:

LIVELLO TROMBOSI	I	II	III	IV (toracotomia)	IV (Heartport)
Tempo operatorio (ore)	3,20 (2-5)	3,30 (3-6)	3 (3-6)	4,30 (3,20-6,25)	4,45 (3,10-7,15)
Unità di sangue	0,8 (0-4)	1,6 (0-6)	2 (1-3)	6,4 (3-10)	7,2 (4-10)
Ospedalizzazione (giorni)	5,7 (5-9)	7,1 (5-14)	6 (5-7)	8,5 (7-15)	7,7 (7-10)
Cure intensive (giorni)	0	0	3,5 (0-7)	3,7 (2-13)	2,6 (1-6)
Pneumotorace	0	0	0	1	0
Embolia polmonare	0	0	0	1	1
Insufficienza renale acuta	1	1	0	2	1
Mortalità operatoria	0	0	0	0	0
Mortalità perioperatoria	0	0	0	2	1

I pazienti deceduti nel perioperatorio sono dunque 3 (3,5%). Con un follow up medio di 78,7 mesi (4- 145 mesi), 28 pazienti (57,2%) sono deceduti per progressione di malattia. Dei restanti 22 (42,8%), 7 (14,2%) sono in progressione di malattia, dei quali 6 metastatici alla diagnosi, e 15 (28,6%) risultano liberi da malattia (3 di livello I, 5 di livello II, 7 di livello IV).

**Conclusioni:** Il nostro studio dimostra come la chirurgia della neoplasia renale con invasione cavale sia una chirurgia molto impegnativa, caratterizzata da una percentuale accettabile di complicanze che, comunque, tenendo conto della recente introduzione delle moderne e molto promettenti "targeted therapies", ha un impatto significativo sulla sopravvivenza anche in pazienti metastatici e sulla loro qualità di vita

Abstract n. 197 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Vescica e via escretrice - ore 14.00 Sala Sforza)

**SECONDA RESEZIONE ENDOSCOPICA DI NEOPLASIA VESCICALE NON MUSCOLO INVASIVA DI ALTO GRADO CON L'AUSILIO DELLA TECNOLOGICA NARROW BAND IMAGING (NBI)**

**Naselli A.<sup>1</sup>, Introini C.<sup>1</sup>, Bertolotto F.<sup>1</sup>, Spina B.<sup>2</sup>, Puppo P.<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>UO Urologia; <sup>2</sup>UO Anatomia patologica, Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro (IST), Genova

**Obiettivo:** Lo scopo del protocollo è determinare l'utilità di biopsie vescicali NBI nel constesto della seconda resezione del primo episodio di neoplasia vescicale non muscolo invasiva di alto grado.

**Materiali e Metodi:** Pazienti consecutivi con diagnosi di primo episodio di neoplasia vescicale non muscolo invasiva di alto grado sono stati arruolati in uno studio osservazione prospettico. I soggetti con prima resezione incompleta o assenza di muscolo nel report patologico sono stati esclusi. A 1 mese dalla prima resezione è stato eseguito un intervento di ristadiatione endoscopica transuretrale che includeva 1) resezione della cicatrice della lesione primaria 2) resezione di ogni lesione franca o sospetta per neoplasia vescicale (all'esterno del letto del primo intervento) 3) 6 biopsie random di mucosa vescicale apparentemente sane 4) biopsie mirate a freddo su aree vescicali sospette alla ispezione mediante luce NBI.

**Risultati:** Nel 2008 sono stati reclutati 47 pazienti consecutivi. L'età mediana era 62 anni, range 49-83. 39 erano maschi e 8 femmine. In totale 9 pazienti (19%) avevano malattia residua/re-

cidiva di alto grado nel materiale prelevato con la fase della ristadiatione endoscopica condotta mediante la luce standard (fase 1-3) mentre 1 paziente è stato identificato con neoplasia muscolo invasiva. 40 su 47 pazienti avevano lesioni sospette alla ispezione NBI che sono state biopsiate con pinza a freddo consentendo di identificare 6 pazienti con neoplasia residua/recidiva di alto grado (13%) che non sarebbero stati individuati altrimenti. In totale 16 su 47 soggetti (34%) avevano neoplasia residua o recidiva mediante l'applicazione dell'esteso protocollo di seconda resezione.

**Conclusioni:** L'utilizzo della tecnologia NBI consente un significativo incremento (>10%) della percentuale di soggetti identificati con neoplasia residua/recidiva di alto grado nel corso della seconda resezione di un primo episodio di neoplasia vescicale non muscolo invasiva di alto grado.

Abstract n. 198  
**COMUNICAZIONE BREVE**  
 (sessione del 23/06/2009, Prostata 1 - ore 14.00 Sala Visconti)

**MORE RESTRICTIVE RECTAL DOSE-VOLUME CONSTRAINTS SHOULD BE APPLIED TO 3D-CRT PROSTATE CANCER PATIENTS WHO UNDERWENT PREVIOUS ABDOMINAL SURGERY**

**Rancati T.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>1</sup>, Fiorino C.<sup>2</sup>, Fellin G.<sup>3</sup>, Vavassori V.<sup>4</sup>, Cagna E.<sup>5</sup>, Mauro F.A.<sup>6</sup>, Maliverni G.<sup>7</sup>, Girelli G.<sup>8</sup>**

<sup>1</sup>Programma Prostata Fondazione IRCCS ? Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; <sup>2</sup>Fisica Sanitaria ? Ospedale San Raffaele di Milano; <sup>3</sup>Radioterapia – Ospedale Santa Chiara di Trento; <sup>4</sup>Radioterapia – Ospedale di Circolo di Varese; <sup>5</sup>Radioterapia – Ospedale Sant'Anna di Como; <sup>6</sup>Radioterapia ? Villa Maria Cecilia di Lugo di Romagna; <sup>7</sup>Radioterapia, Istituto per la Ricerca e Cura del Cancro di Candiolo; <sup>8</sup>Ospedale ASL 9 di Ivrea

**Purpose:** to evaluate and discuss the role of specific types of abdominal surgery (SURG) before radiation therapy (RT) as a risk factor for late rectal bleeding (lrb) in prostate cancer patients (pts) accrued in AIROPROS 0102 trial.

**Methods:** results concerning lrb in 718 pts with a complete follow-up of 36 mos are here analysed. Previous multivariate logistic analysis (MVA) (Fiorino et al., IJROBP 2008 and Fellin et al, Rad & Oncol submitted) showed that lrb was highly correlated with the % volume of rectum receiving more than 75 Gy (V75Gy) (continuous variable, OR=1.06), SURG (OR = 2.24), acute G2-G3 lower gastro-intestinal toxicity (OR = 1.80) and androgen deprivation (protective role, OR =0.63).

This work focuses on the group of pts who underwent SURG before RT to clarify if a different dose-volume relationship is present and to evaluate the possible role and weight of different types of abdominal surgery (rectum-sigma resection, kidney resection, cholecystectomy or appendectomy) on lrb.

**Results:** 52/718 (7.2%) pts were scored as bleeders: 28/718 (3.9%) G2 and 24/718 (3.3%) G3.

In the subgroup of pts previously submitted to SURG (n = 69; 8 G2-G3 lrb), the % volume of rectum receiving more than 70 Gy (V70Gy) was found to be highly correlated with lrb (continuous variable, OR = 1.10, p = 0.012) while V70Gy was of minor importance in the population of pts who did not undergo SURG prior to RT (OR = 1.011, p = 0.09). ROC curves using V70Gy as classifying criterion suggest that V70Gy is a useful constraint for SURG pts (cut-off V70Gy=20%).

When considering the kind of surgery, cholecystectomy was found to be highly correlated with lrb (univariate analysis): OR = 4.3 and p = 0.006 when G2-G3 lrb is considered and OR = 5.4

and  $p = 0.01$  when focusing on G3 lrb. Considering MVA (including dosimetric and clinical factors), G2-G3 lrb was significantly correlated to appendectomy (OR = 2.5,  $p = 0.13$ ), cholecystectomy (OR = 6.1,  $p = 0.002$ ), androgen deprivation (protective factor, OR = 0.57,  $p = 0.09$ ) and V75Gy (continuous variable, OR = 1.063,  $p = 0.004$ ). G3 lrb was mainly correlated to appendectomy (OR = 5.2,  $p = 0.07$ ) and cholecystectomy (OR = 4.2,  $p = 0.038$ ).

**Conclusions:** This analysis highlights previous SURG as the best predictor of lrb. For these pts an impairment of the repair capacity of the rectum due to regional (neurological? vascular? inflammatory?) effects might be hypothesized. V70Gy was highly correlated with lrb for the group of pts previously submitted to SURG. In agreement with Peeters et al. (IJROBP 2006), these results confirm the higher radiosensitivity of these pts and corroborate the validity of the constraint suggested in our previous ad-interim analysis (V70Gy < 15%, Fiorino et al., IJROBP 2008). Among the different types of abdominal surgery, cholecystectomy (and secondarily appendectomy) plays the major role in the risk of lrb.

Abstract n. 200POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**RUOLO DI PROCESSI INFIAMMATORI-RIPARATIVI NELLO SVILUPPO E PROGRESSIONE DEL CARCINOMA PROSTATICO: EFFETTO DELLA SERENOA REPENS**

**Di Silverio F., Russo M., Petrangeli E., Sciarra A., Gentilucci A., Salciccia S., Alfaroni A., Sciarra A., Gentile V.**

*Dipartimento di urologia e Patologia generale Università Sapienza di Roma*

**Obiettivo:** Studi recenti hanno evidenziato il ruolo delle cellule neoplastiche nella sintesi endogena di molecole pro-infiammatorie. Abbiamo sperimentato se la progressione maligna del cancro della prostata possa avere una relazione con l'acquisizione di un fenotipo "Infiammatorio-riparativo" da parte delle cellule trasformate e inoltre abbiamo voluto dimostrare quale sia il ruolo della *Serenoa repens* (Permixon) attraverso la sua attività anti-infiammatoria.

**Materiali e Metodi:** L'espressione di un gruppo di molecole coinvolte nella risposta "Infiammatoria-riparativa" (IRR) è stata misurata su campioni di prostata umana con la metodica real-time PCR. Tutti i campioni di tessuto tumorale e tessuto sano sono stati, inoltre, analizzati con il micro dissettore laser. Sono stati studiati: il recettore per prodotti di fine glicazione; il recettore per le purine; attività ciclo-ossigenasi 2 (COX-2); ossido-nitrico (NO2) sintetasi; epidermal growth factor (EGF); il recettore  $\alpha$ , per gli estrogeni. Inoltre in linee cellulari di carcinoma prostatico androgeno-indipendenti, sono stati valutati gli effetti indotti dalla *Serenoa repens* sulla proliferazione e sull'apoptosi in relazione alla sua attività anti-infiammatoria.

**Risultati:** Abbiamo dimostrato una sovra regolazione di tutti i geni esaminati e correlati con l'attività infiammatoria prostatica, nei campioni di tessuto tumorale, con l'eccezione dei recettori  $\alpha$ , per gli estrogeni. L'approccio con micro dissettore laser ha evidenziato una sovra espressione di molecole pro-infiammatorie in ogni campione di tessuto tumorale. La somministrazione di *Serenoa repens* nelle cellule tumorali androgeno-indipendenti esercita un'azione bifasica sia anti-proliferazione sia pro-apoptosi. Dopo un'ora provoca una marcata riduzione del potenziale di membrana mitocondriale e una modificazione della composizione dei fosfolipidi di membrana.

**Conclusioni:** Questi dati supportano l'evidenza che le tipiche molecole correlate ad un fenotipo infiammatorio ripartivo (IRR) sono prodotte dalle cellule epiteliali della prostata e che la loro espressione è sovra regolata nelle cellule maligne. L'attivazione

delle molecole della IRR osservata può rappresentare un importante meccanismo di progressione del tumore della prostata. I risultati della somministrazione della *Serenoa repens* dimostrano un effetto su cambiamenti complessi di organizzazione della membrana delle cellule tumorali della prostata evidenziando un possibile effetto protettivo.

**Messaggio conclusivo:** Questi dati supportano l'evidenza che le tipiche molecole correlate ad un fenotipo infiammatorio ripartivo (IRR) sono prodotte dalle cellule epiteliali della prostata e che la loro espressione è sovra regolata nelle cellule maligne.

Abstract n. 201 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostata 3 - ore 08.00 Sala Visconti)  
**RUOLO DELLA RISONANZA MAGNETICA CON SPETTROSCOPIA (MRSI) E DINAMICA (DCEMR) NELLA DIAGNOSI DI ADENOCARCINOMA PROSTATICO IN PAZIENTI CON PRECEDENTE BIOPSIA NEGATIVA ED ELEVATI VALORI DI PSA**  
**Sciarra A., Panebianco V., Lisi D., Gentilucci A., Salciccia S., Alfaroni A., Di Silverio F., Gentile V.**

*Dipartimento di urologia e Radiologia Università Sapienza di Roma*

**Scopo del lavoro:** Valutare il ruolo della risonanza magnetica con spettroscopia (MRSI) e studio dinamico (DCEMR) nella diagnosi di adenocarcinoma prostatico in pazienti con valori di PSA elevati e precedente biopsia random negativa.

**Materiali e Metodi:** è uno studio prospettico randomizzato di un singolo centro. Fra Gennaio 2007 e Gennaio 2009, 215 pazienti consecutivi sono giunti alla nostra osservazione e sottoposti ad esame MRSI e DCEMR. I Criteri di inclusione nel presente studio sono stati: precedente biopsia negativa per tumore o lesioni preneoplastiche, valori di PSA compresi fra 4-10ng/ml e DRE negativa.

**Criteri di esclusione:** precedenti terapie ormonali, terapia chirurgica o radiante pregressa, familiarità per tumore prostatico. Sulla base dei criteri i pazienti sono stati randomizzati in due gruppi: Gruppo A di 90 pazienti in cui è stata eseguita una seconda biopsia random. Gruppo B di 90 pazienti in cui è stata eseguita prima la MRSI/DCEMR e successivamente una seconda biopsia random associata a prelievi mirati a livello di eventuali aree sospette rilevate all'esame di MRSI/DCEMR.

Lo schema biotico random prevedeva 10 prelievi diretti lateralmente. In caso di aree sospette alla MRSI/DCEMR sono stati aggiunti altri 2 prelievi a livello di ciascuna area sospetta.

**Risultati:** Alla seconda biopsia il tumore prostatico è stato diagnosticato in 22/90 (24.4%) pazienti nel gruppo A e in 39/90 (43.3%) pazienti nel gruppo B ( $p = 0.01$ ). In particolare nel gruppo B il tumore è stato diagnosticato in 3/45 (6.67%) casi con MRSI e DCEMR normali, in 3/3 (100%) con sospetta MRSI e normale DCEMR, 6/9 (66.6%) con normale MRSI e sospetta DCEMR e in 27/33 (81.8%) con MRSI e DCEMR entrambe sospette.

Nella diagnosi di tumore la MRSI ha evidenziato una sensibilità dell'84.6% una specificità dell'85.3%, PPV di 83.3%, NPV 86.4%. La DCEMR una sensibilità (84.6%), specificità (85.3%), PPV (86.3%), NPV (86.4%). L'associazione di MRSI/DCEMR una sensibilità (92.6%), specificità (88.8%), PPV (88.7%), NPV (92.7%)

**Discussione:** La MRSI/DCEMR prima della biopsia può aumentare la detection rate tumorale, specialmente nei pazienti con precedenti biopsie negative e valori di PSA nella "zona grigia".

**Messaggio conclusivo:** L'uso della MRSI e DCEMR nei soggetti con sospetto clinico di neoplasia prostatica e prima biopsia negativa può mettere di eseguire una biopsia mirata su zone sospette ottenendo un'accuratezza diagnostica superiore

Abstract n. 202 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Prostata 3 - ore 08.00 Sala Visconti)  
**INFIAMMAZIONE, HGPIN E CARCINOMA PROSTATICO: RISONANZA MAGNETICA CON SPETTROSCOPIA E STUDIO DINAMICO**

**Sciarrà A., Panebianco V., Lisi D., Gentiluoci A., Salciccia S., Alfaroni A., Di Silverio F., Gentile V.**

*Dipartimento di urologia e Radiologia Università Sapienza di Roma*

**Scopo del lavoro:** L'utilizzo combinato, della Risonanza Magnetica con Spettroscopia (MRSI) e della Risonanza Magnetica Dinamica con mezzo di contrasto (DCEMR), può essere considerato un metodo efficace per la gestione dei pazienti con carcinoma prostatico. Lo scopo del nostro studio è stato quello di comparare le due metodiche e di valutare i cambiamenti metabolici e dinamici, nei pazienti con diagnosi istologica di infiammazione, PIN alto grado (HGPIN), carcinoma prostatico. In particolare abbiamo analizzato le due metodiche come possibile ausilio per considerare una correlazione tra queste diverse diagnosi istologiche.

**Materiali e Metodi:** Dal Giugno 2007 ad Aprile 2008 sono stati analizzati 32 pazienti sottoposti a MRSI e DCEMR e successiva diagnosi istologica alla biopsia prostatica di infiammazione cronica, HGPIN o carcinoma prostatico. In ogni esame MRSI è stata valutata la concentrazione assoluta della Colina, della Creatina e del Citrato, come anche la Ratio (Colina+Creatina/Citrato). Nella DCEMR è stato valutato l'onset time, il time to peak, il peak enhancement e l'area under curve. La biopsia prostatica è stata eseguita secondo uno schema a 12 prelievi. In particolare, attraverso un sistema di trasformazione delle immagini di RMN in immagini ecografiche, l'analisi con MRSI e DCEMR è stata eseguita in zone corrispondenti a quelle sede dei prelievi con biopsia prostatica.

I pazienti sono poi stati suddivisi in relazione alla diagnosi istologica: Gruppo B (infiammazione, 6 casi), Gruppo C (HGPIN, 9 casi), Gruppo D (carcinoma prostatico basso grado Gleason  $\leq 7$  (3+4), 4 casi), Gruppo E (carcinoma prostatico alto grado Gleason  $\geq 7$  (4+3), 5 casi) ed un Gruppo A (controllo, 8 casi).

**Risultati:** Alla MRSI tutti i gruppi (B, C, D, E) hanno mostrato valori di colina e del rapporto più elevati se comparati con il gruppo controllo (A) ( $p < 0,05$ ).

I parametri spettroscopici del gruppo B (infiammazione) erano simili a quelli riportati nel Gruppo C (HGPIN). I valori della colina erano simili nei pazienti del Gruppo D (carcinoma basso grado) con quelli dei Gruppi B e C, ma erano inferiori a quelli del Gruppo E (carcinoma alto grado). I valori della ratio nei pazienti del Gruppo B e C erano simili ma inferiori a quelli dei pazienti dei Gruppi D ed E. Alla DCEMR è stata dimostrata una differenza costante e significativa dei parametri della dinamica tra il gruppo controllo e tutti gli altri gruppi.

**Conclusioni:** Nel nostro studio i parametri della DCEMR e la concentrazione dei singoli metaboliti alla MRSI vengono utilizzati per formulare una ipotesi di correlazione tra infiammazione, HGPIN, carcinoma prostatico. I dati più interessanti sono sicuramente quelli evidenziati dall'analisi spettroscopica che ha mostrato differenze significative tra il gruppo controllo e gli altri gruppi, così come una correlazione significativa è stata evidenziata per i valori della colina tra i pazienti con infiammazione, HGPIN e carcinoma di basso grado. I risultati della Ratio hanno confermato una relazione tra infiammazione e HGPIN.

**Messaggio conclusivo:** Il nostro lavoro sottolinea un possibile trend evolutivo tra diverse entità istologiche come l'infiammazione, il PIN di alto grado, il carcinoma prostatico e conferma un ruolo determinante della DCEMR e della MRSI.

Abstract n. 203 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Prostata 1 - ore 14.00 Sala Visconti)  
**STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO SULLA COMPARAZIONE TRA APPROCCIO ANTEROGRADO VS RETROGRADO ALLA PROSTATECTOMIA RADICALE: RISULTATI IN RELAZIONE AI MARGINI CHIRURGICI**

**Sciarrà A., Gentiluoci A., Salciccia S., Cristini C., Von Heland M., Parente A., Alfaroni U., Di Silverio F., Gentile V.**

*Dipartimento di urologia Università Sapienza di Roma*

**Introduzione:** La tecnica chirurgica, le caratteristiche cliniche dei pazienti e lo stadio patologico della malattia possono influenzare post-operativamente l'incidenza di "margini chirurgici positivi" (SM+). La percentuale di SM+ varia dal 14% al 46% come riportato in diverse casistiche di prostatectomia radicale retropubica (RRP). Abbiamo voluto valutare gli effetti di un approccio anterogrado versus approccio retrogrado nella prostatectomia radicale retropubica, focalizzando la nostra attenzione soprattutto sull'incidenza di SM+.

**Materiali e Metodi:** Dal Gennaio 2003 a Novembre 2007, 200 pazienti affetti da adenocarcinoma della prostata clinicamente localizzato sono stati assegnati "random" a due gruppi: nel gruppo A sono stati inclusi i pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica con approccio chirurgico retrogrado; nel gruppo B, invece, pazienti sottoposti a prostatectomia radicale retropubica con approccio anterogrado. Tutte gli interventi di prostatectomia radicale retropubica sono stati effettuati dagli stessi due chirurghi (AS e CC). Per tutti i 200 pazienti sono state valutate un'insieme di variabili cliniche e patologiche in relazione allo stato SM.

**Risultati:** Dopo prostatectomia radicale retropubica, nel gruppo A il 22% dei casi mostrava un tumore pT3 ed il 39% un Gleason Score  $\geq 7$  (4+3). Nel gruppo B il 20% dei casi mostrava un tumore pT3 ed il 37% un Gleason Score  $\geq 7$  (4+3) ( $p > 0,10$ ). L'incidenza di SM+ era del 18% nel gruppo A ed del 14% nel gruppo B ( $p = 0,0320$ ). Nel gruppo A il 22,2% dei casi con SM+ presentava margini positivi multipli mentre lo 0% dei casi del gruppo B mostravano multipli SM+.

Riguardo la localizzazione di SM+, non sono state trovate differenze tra i due gruppi. All'analisi univariata, in entrambi i gruppi il PSA ( $r = 0,3121$ ,  $p = 0,0017$ ), il grading patologico ( $r = 0,5703$ ,  $p < 0,0001$ ), l'invasione delle vescicole seminali ( $r = 0,2219$ ,  $p = 0,0272$ ) sono risultati significativamente associati con SM+.

All'analisi multivariata, solo il PSA ( $p = 0,0090$  e  $p = 0,0020$  rispettivamente nei due gruppi) ed il grading patologico ( $p < 0,0001$  in entrambi i gruppi) sono risultati significativamente ed indipendentemente associati con la presenza di SM+.

**Conclusioni:** Nella nostra esperienza, l'approccio anterogrado alla prostatectomia radicale retropubica è associato ad una più bassa incidenza di SM+ ed assenza di rischi di SM+ multipli, se confrontato con l'approccio retrogrado alla prostatectomia radicale retropubica.

**Messaggio conclusivo:** la nostra esperienza sottolinea come il tipo di approccio anterogrado o retrogrado può rappresentare un fattore in grado di influenzare l'incidenza di SM+ alla RRP

Abstract n. 204 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Prostata 1 - ore 14.00 Sala Visconti)  
**ACTIVE SURVEILLANCE PROTOCOL IN LOW-RISK PATIENTS WITH PROSTATIC CANCER: PRELIMINARY ANALYSIS OF VARIABLES ASSOCIATED WITH DEFERRED TREATMENT**

**Stagni S.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>2</sup>, Villa S.<sup>3</sup>, Giganti M.O.<sup>2</sup>, Rancati T.<sup>2</sup>, Nicolai N.<sup>1</sup>, Donegani S.<sup>2</sup>, Bedini N.<sup>3</sup>, Catena L.<sup>4</sup>, Procopio G.<sup>4</sup>, Magnani T.<sup>2</sup>, Bionani D.<sup>1</sup>, Torelli T.<sup>1</sup>, Valvo F.<sup>3</sup>, Spatuzzi A.L.<sup>2</sup>, Catanzaro M.<sup>1</sup>, Visini R.<sup>2</sup>, Salvioni R.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Urologia - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di



Milano; <sup>2</sup>Programma Prostata - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; <sup>3</sup>Radioterapia - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; <sup>4</sup>Oncologia Medica - Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano

Introduction: Active surveillance (AS) is an emerging strategy aiming to individualize the management of early prostate cancer by detecting patients (pts) with indolent disease and thus addressing only those men with significant cancers to curative therapy. In this work we report on the preliminary clinical outcome and on the analysis of factors potentially correlated with deferred treatment (DFT).

Methods: AS is proposed to low-risk pts as an alternative to active treatments. Between March 05 and November 07 the AS protocol (SAINT) was accepted by 75 pts. It was an Institution-based program with the following entry criteria: informed consent, initial PSA (iPSA)  $\leq 10$  ng/ml, clinical stage  $\leq T2a$  (1992 TNM), GPS  $\leq 3+3$ , positive biopsy cores  $\leq 20\%$ , max core length containing cancer  $\leq 50\%$ . Follow-up (fu) was scheduled with PSA and DRE every 3 months, TRUS every 6 months and re-biopsy every yr for the first 2 yrs and every 2 yrs afterwards. Pts drop out the protocol due to PSA doubling time (DT)  $\leq 3$  yrs, total PSA  $> 10$  ng/ml, disease upgrading and/or upsizing at re-biopsy and pt's choice.

In November 07 the international multi-center PRIAS protocol was activated and has enrolled 53 pts so far (March 08). PRIAS protocol has slightly different inclusion criteria: informed consent, iPSA  $< 10$  ng/ml, clinical stage  $\leq T2a$  (1992 TNM), GPS  $\leq 3+3$ , max 2 positive biopsy cores, PSA density  $< 0.2$  ng/ml/cc. Here we consider the whole group (SAINT+ PRIAS) of 128 pts. The correlation between clinical variables and protocol drop out is analyzed.

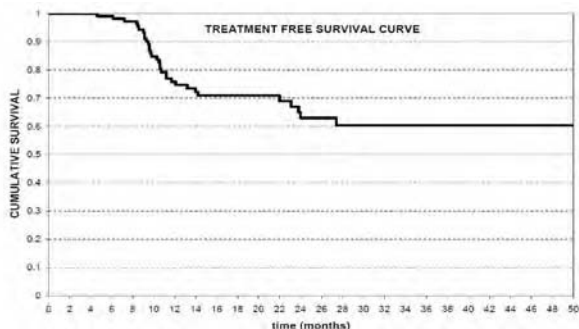
Results: At a median follow-up of 15 months (all SAINT pts with the first re-biopsy), 92/128 pts in SAINT+PRIAS remain under observation: 2 pts dropped out due to the worsening of their performance status, 2 due to personal choice.

32/124 pts received DFT because of cancer progression: 4 pts due to PSADT, 1 to PSA  $> 10$  ng/ml, 15 to upgrading (12 at first re-biopsy and 3 at second re-biopsy) and 12 to disease upsizing (11 at first re-biopsy and 1 at second re-biopsy). The figure shows the Kaplan-Meier treatment free survival curve (76% and 63% treatment free pts at 1 yr and at 2 yrs respectively). To date, no unfavorable outcome has been observed.

iPSA, age, stage, GPS, number of positive cores at biopsy, max core length containing cancer and DRE did not significantly associate with DFT. PSADT, PSA velocity and classification through Klotz formulae were found to be significantly correlated to disease progression and results on this topic are discussed in another abstract presented to this meeting.

Conclusions: AS is feasible in selected men with early prostate cancer. Ongoing studies are trying to optimize AS protocols in order to be efficient to detect pts with disease progression: PSA kinetics (PSADT and Klotz formulae) coupled to 1 yr re-biopsy seem to be useful to this purpose. Further follow-up is needed to detect the effect of DFT on disease control.

This work was partly supported by Fond I Monzino, Milan



Abstract n. 205 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Prostata 2 - ore 08.00 Sala Sforza)  
**DEVELOPMENT AND INTERNAL VALIDATION OF THE FIRST SET OF NOMOGRAMS PREDICTING LATE RECTAL TOXICITY IN PROSTATE CANCER PATIENTS UNDERGOING 3D-CRT**

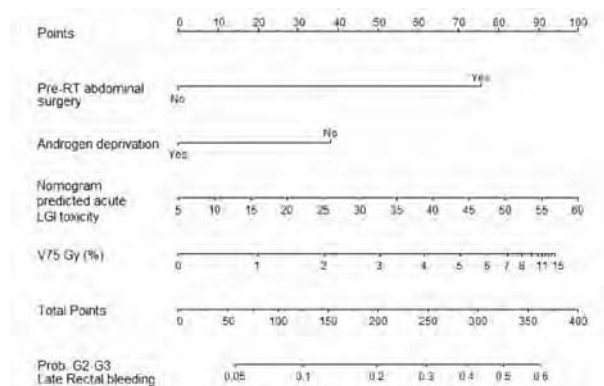
Valdagni R.<sup>1</sup>, Kattan M.W.<sup>2</sup>, Rancati T.<sup>1</sup>, Yu C.<sup>2</sup>, Vavassori V.<sup>3</sup>, Fellin G.<sup>4</sup>, Bianchi C.<sup>3</sup>, Menegotti L.<sup>4</sup>, Monti A.<sup>5</sup>, Stasi M.<sup>6</sup>, Baccolini M.<sup>7</sup>, Fiorino C.<sup>8</sup>

<sup>1</sup>Programma Prostata Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano; <sup>2</sup>Quantitative Health Sciences Cleveland Clinic Lerner College of Medicine of Case Western Reserve University - Cleveland - USA; <sup>3</sup>Radioterapia e Fisica Sanitaria - Ospedale di Circolo di Varese; <sup>4</sup>Radioterapia e Fisica Sanitaria - Ospedale Santa Chiara di Trento; <sup>5</sup>Fisica Sanitaria - Ospedale Sant'Anna di Como; <sup>6</sup>Fisica Sanitaria 'Ordine Mauriziano di Torino; <sup>7</sup>Fisica Sanitaria Villa Maria Cecilia di Lugo di Romagna; <sup>8</sup>Fisica Sanitaria Ospedale San Raffaele di Milano

Purpose: Several nomograms predicting biochemical/clinical endpoints after radiation (RT) for prostate cancer are available in the literature, but to date, and with the only exception of the estimation of the risk of acute toxicity, no user friendly tool has been developed for the prediction of the single-patient probability of late rectal toxicity following prostate cancer 3D-CRT.

Materials and Methods: 718 men included in the AIROPROS 0102 trial were analyzed. This multicenter protocol was characterized by the prospective evaluation of rectal toxicity through self-assessed questionnaires (minimum follow-up: 36 months). Radiation doses were between 70 and 80 Gy. Nomograms were developed based on multivariable logistic regression models. Discrimination was measured by calculating the concordance index (i.e. area under the ROC curve). The nomogram predicted probabilities of events were plotted against the observed for visually checking the calibration. Bootstrapping with 1000 resamples was used to correct over-fitting bias. Three endpoints were considered for nomogram development: G2-G3 late rectal bleeding (lrb, 52/718 events), G3 lrb (24/718 events) and G2-G3 late fecal incontinence (25/718 events).

Results: The inputs of the nomogram for G2-G3 lrb estimation are: presence of abdominal surgery before RT (surg, OR = 2.29), androgen deprivation (protective factor, OR= 0.66), the percent volume of rectum receiving more than 75Gy (V75Gy, OR = 2.47 for increment from V75Gy = 0.0% (first quartile, Q1) to V75Gy = 7.0% (third quartile, Q3)) and the nomogram estimated G2-G3 acute gastro-intestinal toxicity probability (nomacu, continuous variable, OR = 1.02, estimation made using the nomogram published in Valdagni et al, Int J Radiat Oncol Biol Phys 2008). The concordance index is 0.62. This nomogram is shown in the figure.



G3 lrb estimation is based on surg (OR = 3.62), V75Gy (OR = 1.65 for increment from Q1 to Q3) and nomacu (continuous va-

riable, OR = 1.01). The concordance index is 0.57. G2-G3 late fecal incontinence relies upon surg (OR = 3.01), use of anti-hypertensive drugs (protective factor, OR = 0.37), presence of haemorrhoids (OR = 2.21) and the percent volume of rectum receiving more than 35Gy (V35Gy, OR = 2.21 for increment from V35Gy = 71.8% (Q1) to V35Gy = 98.1% (Q3)). The concordance index is 0.62.

**Conclusions:** We developed and internally validated a set of nomograms which include dosimetric as well as clinical variables to help radiation oncologists predict RT-related late rectal morbidity and possibly avoid the single patient an unnecessary worsening of quality of life, introducing treatment's corrections to better tailor the treatment to patient's characteristics.

Abstract n. 206 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Prostata 1 - ore 14.00 Sala Visconti)

**IMMUNOMAGNETIC QUANTIFICATION OF CIRCULATING TUMOUR CELLS (CTCs) AS NEW PROGNOSTIC AND PREDICTIVE FACTOR IN CASTRATION RESISTANT PROSTATE CANCER (CRPC): PRELIMINARY RESULTS**

**Verri E.<sup>1</sup>, Cossu Rocca M.<sup>1</sup>, Sandri M.T.<sup>2</sup>, Marengi C.<sup>1</sup>, Botteri E.<sup>3</sup>, Adamoli L.<sup>1</sup>, Revuelta M.<sup>1</sup>, Curigliano G.<sup>1</sup>, De Cobelli O.<sup>4</sup>, Rocco B.<sup>4</sup>, Zorzino L.<sup>2</sup>, Cassatella M.C.<sup>2</sup>, Nolè F.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Division of Medical Oncology, Unit for Medical Care; <sup>2</sup>Unit of Laboratory Medicine; <sup>3</sup>Division of Epidemiology and Biostatistics; <sup>4</sup>Division of Urology, European Institute of Oncology, Milan, Italy

**Background:** The increasing need to improve the capability of monitoring cancer diseases and to tailor therapies to patients has incited researchers to define new markers able to modify therapeutic decision. Circulating tumour cells (CTCs) seems to have predictive and prognostic impact in several solid tumours and also in CRPC. We aimed to explore the prevalence and role of CTCs levels in this population.

**Methods:** Since September 2006 we collected blood samples from 48 pts with progressive metastatic CRPC starting a chemotherapy. Whole blood samples of each patient are collected into the CellSave Preservative Tube (Veridex LLC, Raritan, NJ) and analysed for CTCs. Mononuclear cells fraction are isolated using epithelial cell antibody-coated magnetic nanoparticles, fluorescently labelled. Then CTCs are identified and enumerated with automated fluorescent microscopy. Timing of collection was baseline, after three, six, nine weeks of treatment and during every instrumental evaluation until disease progression.

**Results:** To date 48 of planned 54 pts have been enrolled. Median age: 72 (55-84). Median basal PSA was 96 (5-2899). Preliminary results showed 68% prevalence of intact CTCs > 5/7.5 mL and 47% prevalence of intact CTCs > 20/7.5mL. The median CTCs count at baseline was 15/7,5 mL (range 0-1959; mean 143). Higher CTCs numbers were observed in patients with bone metastases relative to those with soft tissue disease. The detection of less than 5 CTCs/7,5ml at baseline was associated with better PFS (p-value 0.008) and OS (p-value < 0.001). Early changes in CTCs count reflect treatment benefit: patients with 5 or more than 5 CTCs/7.5ml at baseline and less than 5 CTCs/7.5ml after first, second and third cycle of chemotherapy had a better outcome. At the basal determination, CTCs show a positive correlation with PSA levels (p-value < 0.001), alkaline phosphatase determination (p-value < 0.001) and a negative correlation with Hb (p-value 0.069). **Conclusion:** Our data showed a significant high level of CTCs in the majority of CRPC pts. CTCs seem to confirm their prognostic value and may provide a more sensitive marker in monitoring disease status during treatment.

Abstract n. 207 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 23/06/2009, Prostata 1 - ore 14.00 Sala Visconti)

**VACCINATION WITH SURVIVIN AND PSMA-DERIVED PEPTIDES: A PILOT STUDY IN PROSTATE CANCER PATIENTS FAILING RADIOTHERAPY OR SURGERY**

**Villa S.<sup>1</sup>, Valdagni R.<sup>2</sup>, Rivoltini L.<sup>3</sup>, Marrari A.<sup>4</sup>, Squarcina P.<sup>3</sup>, Filippazzi P.<sup>3</sup>, Salvioni R.<sup>5</sup>, Rancati T.<sup>2</sup>, Asioli M.<sup>3</sup>, Parmiani G.<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Radioterapia – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano; <sup>2</sup>Programma Prostata – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano; <sup>3</sup>Unità di Immunoterapia dei Tumori Umani – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano; <sup>4</sup>Oncologia Medica – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano; <sup>5</sup>Urologia – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano; <sup>6</sup>Immuno-bioterapia del Melanoma e dei Tumori Solidi – Istituto Scientifico San Raffaele di – Milano

**Background:** A significant percentage of patients (pts) progress after first line treatment for prostate cancer (PCa). Among the new experimental approaches that could be utilized to reduce the risk of recurrence or treating resistant disease, anti-tumor vaccines might show encouraging results. Preliminary results of a multiple peptide-based pilot study are here presented.

**Methods:** A phase I-II trial of vaccination (vax) with HLA-A\*0201-restricted peptides from PSMA and Survivin was carried out in 20 pts with b-failure after radiotherapy or surgery (8 radical radiotherapy, 8 salvage radiotherapy and 4 prostatectomy). Mean pre-vax PSA was 1.83 ng/ml, range 0.4-3.68 ng/ml; mean pre-vax PSA doubling-time was 1 yr (range 1 month-2.5 yrs).

Vax consisted of two peptides from PSMA (PSMA4-12 and PSMA711-719) and one from Survivin (SVV96-104/97M) emulsified in Montanide ISA 51 and given by 4 fortnightly (priming) and 4 monthly administrations (boosting). To selectively eliminate regulatory T cells (Treg) and possibly enhance immunization, peptides were preceded by low dose cyclophosphamide (CTX, 300 mg/mq, i.v.). Extensive monitoring of antigen-specific T cell responses in peripheral blood (by IFN $\gamma$  Elispot, HLA-A\*0201/peptide multimer staining and short-term in vitro cultures) and analysis of CTX effect on CD4+CD25+Foxp3+ Treg frequency were performed.

PSA trends were also registered.

**Results:** Vax was well tolerated, with mild cutaneous toxicity due to subcutaneous Montanide injection. According to Elispot more than 90% treated patients developed a statistically significant increase in the frequency of CD8+ T cells recognizing PSMA711-719 (8 $\pm$ 11 in pre-vax vs 79 $\pm$ 28 in post-vax) or SVV96-104/97M (pre:11 $\pm$ 12 vs post:160 $\pm$ 42) peptides, while poor immunogenicity was observed with PSMA4-12. Increments of SVV- or PSMA-multimer+ CD8+ T cells was induced in 50% and 35% patients, respectively, but with frequencies rarely exceeding 0.1% of peripheral blood CD8+ T cells. No effect of CTX on Treg frequency was instead observed.

6/20 pts showed no biochemical response to vax and were switched to hormonal therapy, while 14/20 exhibited a significant, though transient PSA decrease during vax (11 in the priming phase and 3 in boosting).

**Conclusions:** Peptide vax seems to rapidly enhance specific immune responses in most treated pts, resulting in a significant control of PSA levels in > 50% treated patients. However the antigenic stimulus provided by immunization was suboptimal and mediated a transient effect on PSA, requiring continuous vaccinations to be maintained. Anti-tumor vax might eventually represent a useful treatment to postpone the prescription of hormonal therapy in the absence of major side effects, but immunization protocols inducing efficient tumor cell killing still need to be identified.

Abstract n. 208 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**ESISTE UNA CORRELAZIONE TRA ESPERIENZA ED ABILITÀ DELL'OPERATORE E PERCENTUALI DI CORES POSITIVI PER CARCINOMA PROSTATICO IN CORSO DI BIOPSIA? ANALISI DI UN SINGOLO CENTRO**

**Brausi M.<sup>1</sup>, Castagnetti G.<sup>2</sup>, Gavioli M.<sup>1</sup>, Simonini G.<sup>1</sup>, Viola M.<sup>1</sup>, Borelli A.<sup>1</sup>, Bertoni V.<sup>1</sup>,**

<sup>1</sup>Dipartimento di Urologia AUSL Modena; <sup>2</sup>Dipartimento di Urologia Sassuolo (Mo)

**Obiettivo:** Valutare l'eventuale correlazione tra l'esperienza e l'abilità dell'operatore e l'aumento di diagnosi di carcinoma prostatico in corso di biopsie eseguite per PSA elevato, nonché la percentuale di effetti collaterali.

**Materiali e Metodi:** Nel nostro centro, in due anni, sono state eseguite 1298 biopsie prostatiche da sei operatori diversi. I dati relativi ai trattamenti sono stati analizzati retrospettivamente. L'esperienza di ogni singolo operatore è stata valutata prima dell'analisi dei risultati classificandola come segue: operatore molto esperto (A) con più di 15000 trattamenti eseguiti; esperto (B-C) con più di 5000 trattamenti; mediamente esperto (D-E) con meno di 2000 trattamenti; e operatore in formazione (F) con un numero di biopsie eseguite inferiori a 500. Quest'ultimo operatore è stato seguito dai tutor B e C durante il periodo di formazione.

L'età media dei pazienti è stata di 67,8 anni (range 47-82). Il PSA medio è stato di 6,7 ng/ml.

Il numero di biopsie eseguite è stato deciso per ogni paziente in base al nomogramma di Vienna.

La tecnica di riferimento è stata quella descritta da Ravery.

È stato utilizzato di routine un ecografo Hitachi con sonda end-fire da 6,5 MHz. Quattro chirurghi hanno utilizzato una profilassi (2 cp die) con chinolonici per due giorni, mentre gli operatori C e F hanno prolungato la somministrazione per cinque giorni. Il numero medio di prelievi biopistici eseguiti è stato di 10,5 (range 6-18). L'operatore D è ricorso all'anestesia locale periprostatica con lidocaina 2% mentre gli altri (A-B-C-E-F) hanno utilizzato il solo gel endoretale.

In due anni il numero di biopsie eseguite per operatore è stato: A = 540; B = 188; C = 173; D = 107; E = 27; F = 263. L'Operatore F ha avuto come tutor l'operatore B.

**Risultati:** La percentuale di prelievi positivi per operatore è stata: A = 29,8%; B = 34%; C = 24,8%; D = 21,5%; E = 18,5%; F = 25,8%. Per quanto riguarda gli effetti collaterali sono stati presi in considerazione solo quelli gravi, meritevoli di antibioticoterapia ad alti dosaggi o di ospedalizzazione. L'analisi in dettaglio è stata la seguente: operatore A = 3/540 (0,55%) prostatiti acute trattate con antibioticoterapia e 1/540 ematoma rettale con ricovero per il paziente. Operatore B = 3/188 (1,6%) prostatiti acute trattate con antibioticoterapia domiciliare. Operatore C = 1/173 (0,6%) ematoma perirettale e 1 (0,6%) ritenzione urinaria acuta che ha necessitato di catete per due giorni. Operatore D = 1/107 (0,9%) prostatite acuta. Operatore F = 2/263 (0,7%) ematomi rettali che hanno necessitato di emotrasfusione.

**Conclusioni:** Esiste un rapporto direttamente proporzionale tra esperienza ed abilità dell'operatore e percentuale di cores positivi alle biopsie prostatiche. Per gli operatori esperti è comunque importante mantenere alto il numero di biopsie eseguite in un anno per mantenere una alta questa percentuale. Una profilassi antibiotica di 5 giorni riduce il rischio di infezioni.

Abstract n. 209 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**ANALISI DELL'INTEGRITÀ DEL FASCIO NEUROVASCOLARE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE UTILIZZANDO SEQUENZE SPECIFICHE DI RISONANZA MAGNETICA**

**Sciarra A., Alfarone A., Salciccia S., Panebianco V., Lisi D., Gentilucci A., Di Piero G., Gentile V.**

*Dipartimento di urologia e radiologia Università Sapienza di Roma*

**Obiettivi:** L'utilità di una specifica sequenza di Risonanza Magnetica (RM) dopo prostatectomia radicale (RRP) per la valutazione dell'integrità del fascio vascolo-nervoso periprostatico (NVB) non è stata precedentemente analizzata. L'obiettivo dello studio è stato quello di introdurre una sequenza RM dedicata alla valutazione morfologica del NVB, al fine di identificarne l'invasione cancerosa nella stadiazione preoperatoria e l'integrità anatomica e funzionale dopo RRP con tecnica nerve sparing. Nostro obiettivo è stato anche quello di introdurre una nuova classificazione RM morfologica sulle alterazioni dei patterns del NVB, utilizzando il questionario International Index Erectile Function 5-item (IIEF-5) come standard di riferimento per le analisi di correlazione.

**Materiali e Metodi:** 80 pazienti consecutivi sottoposti a RRP con tecnica nerve sparing bilaterale per adenocarcinoma prostatico pT2 pN0 sono stati inclusi nell'analisi. Sono state eseguite a 6 e 12 mesi dalla RRP, due RM con sequenze 2D TSE T2 pesate e 3D T2 ISO pesate. Entrambe le sequenze RM sono state valutate indipendentemente da due radiologi che hanno classificato le alterazioni morfologiche del NVB in ogni sequenza, usando una classificazione a 5 punti di crescente gravità (0 = normale; I = lieve; II = tra lieve e moderato; III = moderato; IV = alterazione severa). La scelta dei parametri inclusi nello score si basa sulla necessità di diagnosticare la presenza sia di resezioni del NVB che di eventuale edema delle fibre o delle guaine nervose perineurali, come potrebbe verificarsi a seguito di lesioni da "stretching" operatorio che inficiano comunque la conduzione dello stimolo nervoso. L'IIEF-5 eseguito ad identici intervalli di follow-up, è stato utilizzato come riferimento nelle analisi di correlazione e regressione.

**Risultati:** Entrambi i radiologi, classificando le alterazioni del NVB utilizzando sequenze RM 3D T2 ISO hanno incluso, il 43,3% dei pazienti in classe 0, 32% in classe I, 11,4% in classe II, 7,5% in classe III e 5,8% in classe IV. In tutti i casi esaminati la correlazione e l'analisi di regressione fra la classificazione 3D T2 ISO e il questionario IIEF-5 usato come standard di riferimento, era statisticamente significativa ( $p < 0.001$ ).

**Conclusioni:** Nel nostro studio è stata evidenziata una correlazione statisticamente significativa fra questionario IIEF-5 e sequenze 3D T2 ISO pesate di RM nella descrizione morfologica e funzionale delle alterazioni del NVB secondarie a RRP con tecnica nerve-sparing.

**Messaggio Conclusivo:** La RM può essere considerata una indagine di grande utilità nei pazienti sottoposti RRP e candidabili a terapia riabilitativa per DE, in grado di identificare e quantificare lesioni chirurgiche del NVB.

Abstract n. 210 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**LA "SATURATION BIOPSY" QUALE TECNICA DI SCELTA DOPO DIAGNOSI DI PIN HIGH-GRADE O ASAP**

**Cova G.D., Fandella A., Drago-Ferrante G.L., Maccatrozzo L.**  
*Divisione di Urologia - Ospedale Regionale - Treviso*

**Introduzione:** Il riscontro biopistico di ASAP o PIN high-grade sono da considerarsi ad alto rischio per carcinoma prostatico. L'esecuzione di un mapping biopistico esteso ("saturation biopsy") in questi casi sembra attualmente essere una valida opzione per escludere di carcinoma prostatico a rischio.

**Materiali e Metodi:** Nel periodo novembre 2005-dicembre 2008 abbiamo sottoposto a "saturation biopsy" 162 pazienti con pregressa diagnosi di ASAP o PIN high-grade.

L'età media pari a 62aa (range 50-74aa), PSA medio 13.53 ng/ml (range 4.06-23), DRE nei limiti di norma.

Ogni paziente era stato sottoposto ad almeno un mapping biptico con un minimo di 8 prelievi e il volume prostatico medio 50cc.

In 69 pazienti era stata posta diagnosi di ASAP (42%) e in 93 diagnosi di PIN high-grade (58%). Ogni procedura è stata eseguita ambulatorialmente per via transrettale tramite l'ausilio del blocco nervoso periprostatico (PPNB), previo consenso informato e profilassi con fluorochinolone.

In ogni paziente sono stati eseguiti 24 prelievi secondo uno schema predefinito e trattenuti in osservazione per un periodo di 3 ore prima di essere rinviiati al proprio domicilio.

**Risultati:** In 66 pazienti è stato riscontrata neoplasia (41%), in 59 ipb (36%) e in 37 prostatite cronica (23%).

Nel gruppo con pregresso riscontro di ASAP in 31 pazienti (45%) è stato riscontrato PC, in 18 (26%) ipb, in 20 (29%) prostatite, mentre nel gruppo con pregresso riscontro di PIN in 36 pazienti (38%) è stato riscontrato PC, in 41 (44%) ipb e in 17 (18%) prostatite.

Tutti tumori riscontrati erano clinicamente significativi con Gleason score medio 7 (range 6-8).

Le complicanze della manovra sono state macroematuria in 18 pazienti, urosepsi in 15 pazienti, ritenzione urinaria acuta in 10 pazienti, ma in nessun caso si è reso necessario il ricovero ospedaliero. Nessuna reazione avversa all'anestetico locale o alla profilassi antibiotica è stata osservata.

**Conclusioni:** Nella nostra esperienza l'utilizzo di un mapping biptico esteso come esame di "2nd step" si è rivelato di indubbia utilità nel "follow-up".

La bassa morbilità della tecnica, peraltro ben tollerata dai pazienti, e la facile riproducibilità sono un fattore aggiuntivo nel consigliarne l'utilizzo routinario ambulatoriale.

Abstract n. 211 POSTER (sessione del 24/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**LA RADIOTERAPIA INTRAOPERATORIA NEL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA PROSTATICO LOCALMENTE AVANZATO: L'ESPERIENZA DELL'ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA**

**Vavassori A.<sup>1</sup>, Jereczek-Fossa B.A.<sup>1,4</sup>, Ciocca M.<sup>2</sup>, Fodor C.1, Cambria R.<sup>2</sup>, Cattani F.<sup>2</sup>, Zerini D.<sup>1</sup>, Ivaldi G.<sup>1</sup>, De Cicco L.<sup>1</sup>, Rocco B.<sup>3</sup>, Scardino E.<sup>3</sup>, Verweij F.<sup>3</sup>, Albo G.<sup>3</sup>, Mazzoleni F.<sup>3</sup>, Musi G.<sup>3</sup>, DeCobelli O.<sup>3,4</sup>, Orecchia R.<sup>1,4</sup>**

<sup>1</sup>Divisione Radioterapia; <sup>2</sup>Divisione Fisica Sanitaria; <sup>3</sup>Divisione Urologia, Istituto Europeo di Oncologia, Milano; <sup>4</sup>Università degli Studi di Milano

Scopo: La radioterapia intraoperatoria (IORT) è stata recentemente proposta in pazienti (pz) affetti da carcinoma prostatico a rischio intermedio ed elevato, candidabili a prostatectomia radicale. Scopo dello studio è quello di presentare i dati preliminari sulla tossicità acuta e cronica.

Metodi: Da giugno 2005 a luglio 2008 39 pz con carcinoma prostatico localmente avanzato non metastatico sono stati sottoposti a linfoadenectomia pelvica e successiva irradiazione della prostata con adeguato margine, immediatamente seguita da prostatectomia radicale.

L'età mediana dei pz era di 65 anni (range, 50-73 anni). Il PSA iniziale mediano era di 13 ng/ml (range 3-10 ng/ml) e il Gleason Score biptico mediano era 7 (range 3-10).

I pz sono stati classificati in intermedio (3 pz, 7.7%) e alto rischio (36 pz, 92.3%) secondo il sistema NCCN 2008. La probabilità mediana di malattia organo confinata, calcolata mediante il nomogramma del Memorial Sloan Kettering Cancer Center di New York, era del 15% (range, 1-55%). Diciassette pz (43.6%) ave-

vano una terapia ormonale neoadiuvante in corso al momento della chirurgia, prevalentemente con antiandrogeno non steroideo (13 pz, 76.4%).

Le dimensioni della prostata e la profondità della parete rettale sono state valutate mediante ecografia intraoperatoria, al fine di selezionare il tipo di applicatore (diametro e angolo di incidenza) e l'energia del fascio di elettroni più appropriati.

L'irradiazione è stata erogata mediante un acceleratore lineare mobile dedicato alloggiato in sala operatoria, utilizzando applicatori di 5-7 cm e fasci di elettroni di 8-10 MeV.

La dose somministrata è stata sempre di 12 Gy, prescritta nell'isodose del 90%.

Dopo circa 3 mesi i pz in stadio pT3-4 pN0 sono stati sottoposti a radioterapia a fasci esterni a livello della sola loggia prostatica, o dell'intera pelvi nei soli casi pN1 con una dose di 45-50,4 Gy in 25-28 frazioni.

**Risultati:** Un paziente è deceduto nel postoperatorio. All'esame istologico definitivo 4 pz sono risultati in stadio pT2pN0R0 e non hanno ricevuto alcun trattamento adiuvante.

Dei restanti 34 pz, 17 pz hanno ricevuto EBRT a livello della sola loggia prostatica e 17 pz a livello dello scavo pelvico.

La tolleranza al trattamento radiante postoperatorio è stata buona, con una tossicità intestinale e genitourinaria prevalentemente di grado 1 secondo i criteri RTOG (Radiation Therapy Oncology Group). Un solo paziente ha avuto tossicità urinaria di grado 3 per lo sviluppo di stenosi ureterale monolaterale postoperatoria. Non è stato riscontrato un aumentato rischio di incontinenza urinaria.

Il controllo locale non è al momento valutabile con precisione sia per il follow-up ancora relativamente breve sia per l'uso di terapia ormonale adiuvante in 24 pz (76.4%).

Dopo un follow-up mediano di 19 mesi 2 pz hanno avuto diagnosi di recidiva biochimica di malattia.

**Conclusioni:** La IORT erogata prima della prostatectomia è un approccio fattibile nel trattamento del carcinoma prostatico localmente avanzato.

Un follow-up più lungo ed un maggior numero di pazienti saranno comunque necessari per valutarne l'efficacia in termini di controllo di malattia.

Indispensabile infine una accurata selezione dei pz sia dal punto di vista clinico che tecnico: idealmente dovrebbero essere sottoposti a tale trattamento i pazienti in stadio pT3pN0, per i quali esistono dati di letteratura sul beneficio della radioterapia adiuvante.

Abstract n. 212 COMUNICAZIONE (sessione del 24/06/2009, Prostata 2 - ore 08.00 Sala Sforza)

**LIVELLI PRE- E POST-OPERATORI DELLA E-CADERINA SOLUBILE IN PAZIENTI AFFETTI DA CANCRO DELLA PROSTATA**

**Iacopino F.<sup>1</sup>, Pinto F.<sup>2</sup>, Bertaccini A.<sup>3</sup>, Calarco A.<sup>2</sup>, Martorana G.<sup>3</sup>, Bassi P.F.<sup>2</sup>, Sica G.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Istituto di Istologia ed Embriologia; <sup>2</sup>Clinica Urologica, Facoltà di Medicina, UCSC, Roma; <sup>3</sup>Clinica Urologica, Università degli Studi, Bologna - Italia.

**Introduzione e Obiettivi:** È stato recentemente suggerito di affiancare al PSA la determinazione di altri marker che ne possano aumentare la potenza diagnostica e prognostica. Tra quelli proposti sembra avere una notevole rilevanza la E-caderina (E-cad), una proteina calcio-dipendente presente nell'epitelio a livello delle zonulae adhaerentes che ha un ruolo anti-invasivo ed anti-metastatico. Il clivaggio proteolitico della forma matura della E-cad (120 kDa) libera dei frammenti che possono avere attività funzionale quale, ad esempio, servire da ancoraggio nella migrazione cellulare. In particolare, il frammento di 80 kDa circola nei fluidi biologici e raggiunge livelli elevati nel siero di pa-

zienti affetti da vari tipi di tumore, tra cui il CaP. La molecola è individuabile già nelle fasi più precoci della neoplasia e la sua elevata espressione al momento della diagnosi è associata con un rischio significativo di ripresa biochimica di malattia dopo intervento chirurgico. I livelli più elevati di espressione sono stati riscontrati nei pazienti affetti da cancro ormonorefrattario metastatico. Questo studio rappresenta la fase iniziale di un progetto di più ampio respiro che ha lo scopo di verificare le possibili variazioni della E-cad solubile (sE-cad) nel siero di pazienti affetti da CaP nei diversi stadi della malattia, nel corso della sua evoluzione e in relazione ai trattamenti terapeutici.

**Pazienti e Metodi.** Ad oggi sono stati arruolati 45 pazienti affetti da CaP localizzato o localmente avanzato secondo la classificazione TNM, candidati ad intervento chirurgico e non sottoposti precedentemente ad alcun tipo di trattamento. La determinazione della sE-cad è stata eseguita nel siero ottenuto da prelievi ematici eseguiti prima dell'intervento chirurgico (I prelievo) e dopo l'intervento chirurgico (II prelievo). I sieri ottenuti secondo la procedura standard sono stati congelati a  $-80^{\circ}\text{C}$  fino al momento del dosaggio. Per la determinazione di sE-cad è stato utilizzato un kit ELISA (human E-cadherin EIA kit, Zymed lab., San Francisco, USA).

**Risultati:** Nei 43 casi valutabili, la mediana dei valori di sE-cad ottenuti sul I prelievo è stata pari a  $5,85 \mu\text{g/ml}$  (range: 1,78-12,85) mentre quella del II prelievo è risultata essere di  $4,51 \mu\text{g/ml}$  (range: 0,06-12,87). La differenza è risultata statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ; test t di Student per dati appaiati). In particolare, in 33/43 casi (76,7%) si è osservata una diminuzione dei valori della sE-cad nel II prelievo rispetto al I prelievo. In 25/43 casi (58,1%) la diminuzione è stata superiore al 20%. Nel restante numero dei casi (10/43, 23,2%) si è rilevato un aumento dei valori della sE-cad nel II prelievo rispetto al I prelievo, ma solo in 4/43 casi (9,3%) l'incremento è risultato essere superiore al 20%.

**Conclusioni.** I livelli di sE-cad da noi riscontrati nel I prelievo sono simili a quelli riportati da altri autori in pazienti affetti da CaP. Non esistono, invece, assolutamente dati di raffronto per quanto riguarda il II prelievo. L'intervento operatorio determina una riduzione dei valori di sE-cad nei pazienti arruolati, ma ulteriori considerazioni potranno essere condotte solo a seguito di una casistica più ampia e di un follow-up più lungo.

Abstract n. 213 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**VALORE PROGNOSTICO DELL'INVASIONE LINFOVASCOLARE NEI PAZIENTI TRATTATI CON CISTECTOMIA RADICALE PER NEOPLASIA VESCICALE**

**Palmieri F., Guidi M., Brunocilla E., Concetti S., Bertaccini A., Gerace T., Pultrone C., Cicchetti G., Borgatti F., Schiavina R., Barbieri B., Perneti R., Baccos A., Martorana G.**

*Clinica Urologica Università di Bologna*

**Scopo del lavoro:** Attualmente la cistectomia radicale con linfectomia bilaterale estesa rappresenta la terapia di scelta nei pazienti (pz) con neoplasia muscolo invasiva o nei tumori superficiali ad alto grado refrattari alle terapie conservative. Il grado, lo stadio patologico e le metastasi linfonodali sono i principali fattori prognostici. Alcuni studi hanno evidenziato un possibile ruolo per la presenza di invasione linfovaskolare (LVI) sullo specimen definitivo. Lo scopo del lavoro è quello di valutare il ruolo dell' LVI come fattore prognostico indipendente dopo cistectomia radicale per neoplasia vescicale.

**Materiali e Metodi:** Da Giugno 1995 a Gennaio 2007, 340 pz sono stati sottoposti a cistectomia radicale con linfectomia pelvica bilaterale e derivazione urinaria per carcinoma transizionale muscolo invasivo o superficiale ad alto grado (pT1, G3 and/or CIS)

refrattari a trattamenti conservativi. Dopo l'intervento i pz sono stati sottoposti ad un'ecografia a 3 mesi dall'intervento e a TC addomino pelvica ogni anno. I dati del follow up sono stati inseriti retrospettivamente in un data base dedicato. Sono stati esclusi dallo studio i pz con neoplasia non transizionale, pazienti sottoposti a cistectomia "palliativa" o a chemioterapia neoadiuvante o adiuvante e i pazienti senza follow up. Lo stadio patologico è stato valutato secondo il TNM del 2002 mentre il grado secondo la classificazione Mostofi. L'outcome clinico è stata la sopravvivenza cancro specifica (CSS).

**Risultati:** La popolazione finale è 265 pz con età media di 69 anni (range 46-9; 218 maschi, 47 femmine rapporto 4,6:1). La LVI era presente in 77 specimens (29.1%). La LVI era significativamente associata all'età al grado ( $P = 0.028$ ), allo stadio ( $P < 0.001$ ) e alla presenza di metastasi linfonodali (N+) ( $P < 0.001$ ). Inoltre la LVI era presente in 38/61 (62.3%) pazienti N+ e in 39/204 (19.1%) pz con linfonodi negativi.

Il follow up è stato di 24 mesi (range: 1-216 mesi). 88 (33.2%) pazienti dell'intera coorte sono morti per progressione di malattia. Inoltre, 11 pz (4.2%) sono morti per altre cause. La CSS è influenzata dalla presenza di LVI (HR: 2.85; 95% CI: 1.85-4.40;  $P < 0.001$ ), con una CSS a 5 e 10 anni di  $36.1 \pm 7.8\%$  e  $28.9 \pm 9.0\%$  nei pazienti con LVI e una CSS di  $69.5 \pm 4.2$  e  $53.2 \pm 6.9$  nei pz senza LVI. All'analisi multivariata di Cox, sono risultati tutti fattori prognostici indipendenti per la CSS l'età (HR: 1.97, 95% CI 1.05-1.10,  $p < 0.001$ ), lo stadio patologico (HR: 1.39, 95% CI 1.11-1.75,  $p = 0.005$ ), la presenza di LVI (HR: 1.81, 95% CI 1.13-2.90,  $p = 0.013$ ) e di N+ (HR: 2.10, 95% CI 1.30-3.39,  $p = 0.002$ ), mentre il grado non è risultato significativo.

Abbiamo inoltre stratificato i pazienti in 3 gruppi: gruppo 1: N+, gruppo 2: N0 con LVI, gruppo 3: N0 senza LVI: la CSS del gruppo 1 è risultata statisticamente peggiore del gruppo 3 ma non del gruppo 2.

**Conclusioni:** Nei pz sottoposti a cistectomia radicale per carcinoma transizionale, la presenza di LVI può rappresentare un fattore prognostico negativo indipendente. Ulteriori studi dovranno valutarne l'impatto clinico

Abstract n. 214 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.00 Sala Sforza)  
**INFLUENZA DEL PSA TOTALE, DELLA PSA VELOCITY E DEL PSA DOUBLING TIME SULLA DETECTION RATE DELLA 11C COLINA PET/CT IN PAZIENTE CON RIPRESA BIOCHIMICA DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE**

**Schiavina R., Sanguedolce F., Franceschelli A., Bertaccini A., Brunocilla E., Concetti S., Manferrari F., Garofalo M., Borgatti F., Guidi M., Ricci V., Cicchetti G., Gerace T., Dababne S., Martorana G.**

*Clinica Urologica Università di Bologna*

**Scopo del lavoro:** valutare l'accuratezza della 11C Colina PET/CT nella ristadiatione dei pazienti (pz) con ripresa biochimica dopo prostatectomia radicale e valutare la possibile correlazione tra il valore del PSA totale al momento dell'esame ("trigger" PSA), la PSA velocity (PSAV) e il PSA doubling time (PSADT) e la positività alla 11C Colina PET/CT al fine di identificare dei fattori clinici predittivi di positività all'esame.

**Materiali e Metodi:** Tra Dicembre 2003 e Settembre 2008, 1131 pz con neoplasia prostatica sono stati sottoposti a 11C Colina PET/CT per stadiazione o ristadiatione di malattia. Tra questi abbiamo valutato in modo retrospettivo 190 pz (età media 68 anni), sottoposti a prostatectomia radicale, con rialzo del PSA  $> 0.2 \text{ ng/ml}$  e che avevano sospeso ogni tipo di terapia medica da almeno 2 mesi. Il PSA medio era  $4.2 \pm 5.1 \text{ ng/ml}$ , (mediana: 2.4). Abbiamo effettuato quindi una analisi di ROC per trovare il miglior cut point di PSA in grado di predire una positività alla

PET/CT. Inoltre in 106 pz, con almeno 3 valori di PSA, abbiamo effettuato una regressione logistica uni e multi variata di per correlare il trigger PSA, la PSAV e il PSADT con la positività alla PET/CT.

**Risultati:** Complessivamente la PET/CT ha identificato una recidiva clinica di malattia in 74 pz (38%) (34 pz avevano metastasi ossee, 21 linfonodali, 10 linfonodali e ossee e 9 avevano una recidiva locale); nei pz con PET/CT negativa il trigger PSA medio era  $2.6 \pm 3.3$  ng/ml (range 0.2 21.0) vs  $6.7 \pm 6.3$  ng/ml (range: 0.4 25.4) nei pz con PET/CT positiva ( $p < 0,0001$ ). La detection rate della PET/CT è risultata del 13% (6/45) nei pz con trigger PSA  $< 1$  ng/ml, del 28% (12/42) nei pz con  $1 < PSA < 2$  ng/ml, 34% (8/23) nei pz con  $2 < PSA < 3$  ng/ml, 42% (9/21) nei pz con  $3 < PSA < 4$  ng/ml, 66% (6/9) nei pz con  $4 < PSA < 5$  ng/ml, 57% (16/28) nei pz con  $5 < PSA < 10$  ng/ml e 77% (17/22) nei pz con trigger PSA  $> 10$  ng/ml. Con un trigger PSA  $> 2.43$  ng/ml, sensibilità, specificità, valore predittivo positivo (VPP) e negativo (VPN) sono risultati rispettivamente del 73%, 67%, 59% e 79% con un'area sotto la curva ROC (AUC) di  $0.75 \pm 0.38$  (0,68 0,81 of 95% CI) nella predizione di una positività alla PET/CT. Nei 106 pz con almeno 3 valori di PSA, il trigger PSA e la PSAV erano correlati significativamente con la positività alla PET/CT alla analisi univariata. Comunque solo il trigger PSA è rimasto correlato significativamente con la positività alla PET/CT alla analisi multivariata (OR: 1,2;  $p < 0007$ ). Infine abbiamo osservato come in 61 pz con trigger PSA  $< 2.43$  ng/ml e almeno 3 valori di PSA, sensibilità, specificità, VPP e VPN erano del 80%, 61%, 40% e 90% rispettivamente, con una AUC di  $0.70 \pm 0$  (0,56 0,80 of 95% CI) per PSAV  $> 0.93$  ng/ml/anno nella predizione di una positività alla PET/CT.

**Conclusioni:** La detection rate della PET/CT ha dimostrato una stretta correlazione con il trigger PSA. La PET/CT ha una buona accuratezza diagnostica nei pz con trigger PSA  $> 2.43$  ng/ml. Nei pz con trigger PSA  $< 2.43$  ng/ml, la PSAV può essere utile nell'identificare quelli che possono beneficiare di una PET/CT

Abstract n. 215 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**INFLUENZA DELLA DEPRIVAZIONE ORMONALE SUL RISULTATO DELLA 11C COLINA PET/CT IN PAZIENTI CON NEOPLASIA PROSTATICA**

**Schiavina R., Manferrari F., Franceschelli A., Sanguedolce F., Bertaccini A., Brunocilla E., Concetti S., Garofalo M., Bizzarri C., Perneti R., Rocca C., Guidi M., Dababne S., Martorana G.**

*Clinica Urologica Università di Bologna*

**Scopo del lavoro:** L'influenza della terapia ormonale sull'uptake di 11C Colina in pazienti (pz) con neoplasia prostatica non è ancora stato chiarito. Scopo dello studio è di accertare se la deprivazione ormonale influenza l'uptake di 11C Colina nei pazienti con neoplasia prostatica ricorrente.

**Materiali e Metodi:** Abbiamo studiato 18 pz (età media 67 anni; range 55 82), presi tra un gruppo di 998 pz che hanno eseguito una 11C Colina PET/CT di ristadiazione in seguito a recidiva biochimica dopo trattamento primario per neoplasia prostatica, che avevano eseguito almeno 2 11C Colina PET/CT, una con e l'altra senza deprivazione ormonale. Sono stati identificati due gruppi di pz: Gruppo A, 5 pz che hanno eseguito la PET/CT durante la terapia ormonale iniziata da almeno 1 mese (PSA medio:  $1.25 \pm 0.4$  ng/ml; mediana 1.02, range 0.5 3.38 ng/ml) e la seconda PET/CT dopo almeno 2 mesi di sospensione; Gruppo B, 13 pz che hanno effettuato la prima PET senza la terapia ormonale (PSA medio:  $5.6 \pm 0.9$  ng/ml; mediana 5.1, range 0.6 14 ng/ml) e la seconda PET/CT dopo almeno 1 mese di terapia ormonale. Una "Whole body" PET/CT è stata eseguita 5 min dopo

l'iniezione i.v. di circa 400 MBq 11C Colina utilizzando uno scanner GE Discovery.

**Risultati:** nel Gruppo A, tutti i 5 pz avevano una PET/TC negativa in corso di terapia ormonale; dopo la sospensione della terapia 4/5 pz risultavano positivi alla PET/CT di controllo (PSA medio  $5.89 \pm 1.0$  ng/ml, mediana 5.0, range 2.3 9.68 ng/ml;  $p < 0.05$ ) mentre 1/5 è rimasto negativo (PSA 3.36 ng/ml durante il trattamento; 5.56 ng/ml dopo la sospensione). Nel gruppo B 10/13 pz avevano una PET/TC positiva prima della terapia ormonale e i restanti 3 negativa. 6 dei 10 pz con una PET/CT positiva hanno avuto una riduzione dei valori del PSA (da un PSA medio di  $6.0 \pm 0.4$  ng/ml, mediana 3.9, range 1.3 11, a un PSA medio di  $0.71 \pm 0.2$  ng/ml, mediana 0.6, range 0.04 2.5;  $p < 0.05$ ) e una contemporanea negativizzazione della PET/TC dopo l'inizio della terapia ormonale mentre in 4/10 pz con PET/CT positiva hanno avuto risposta parziale alla PET (1 pz; PSA 1.35 ng/ml) o una progressione di malattia alla PET (3 pz: PSA medio  $4.46 \pm 0,2$  ng/ml; mediana 3.9, range 0.38 8.4 ng/ml). Due dei tre pz con una prima PET/TC negativa hanno avuto una crescita del PSA (PSA medio  $8.4 \pm 0.4$  ng/ml) e una progressione di malattia alla PET/TC nonostante la terapia ormonale mentre 1 pz ha avuto un lieve incremento del PSA e una PET/TC negativa.

**Conclusioni:** I nostri risultati suggeriscono che la deprivazione ormonale riduce l'attività metabolica tumorale e conseguentemente l'uptake di 11C Colina nel tumore prostatico ormono dipendente; tale dato deve essere pertanto tenuto in considerazione prima di una ristadiazione con PET/TC; il timing ottimale della sospensione della terapia dovrebbe essere ancora valutato.

Abstract n. 216 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**QUAL'È L' IMPATTO DELL'ESTENSIONE DELLA LINFECTOMIA PELVICA ESEGUITA IN CORSO DI PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA PROSTATICO SULLA RIPRESA BIOCHIMICA NEI PAZIENTI PTXN0?**

**Schiavina R., Franceschelli A., Concetti S., Brunocilla E., Manferrari F., Garofalo M., Bertaccini A., Bizzarri C., Gerace T., Cicchetti G., Borghesi M., Guidi M., Martorana G.**

*Clinica Urologica Università di Bologna*

**Scopo del lavoro:** Valutare l'effetto della linfadenectomia in corso di prostatectomia per CaP sulla sopravvivenza libera da recidiva biochimica (BRFS) nei pz pTxN0.

**Materiali e Metodi:** 1022 pz sottoposti a prostatectomia radicale per CaP clinicamente localizzato dal Sett. 1997 al Maggio 2008 con un follow up min di 13 mesi. 694 (68%) hanno eseguito una linfettomia limitata, standard o estesa a seconda della preferenza del chirurgo e del rischio preoperatorio del paziente; 328 (32%) erano pNx; nei pz sottoposti a linfettomia, 67/694 (9,7%) sono N+. Dei 627 pz pTxN0 sono stati esclusi 91 pz cui i dati non fossero completi e 22 trattati con t. ormonale adiuvante mai interrotta fino all'ultimo follow up e che non hanno presentato mai una ripresa biochimica; i pz che hanno presentato una ripresa biochimica in corso di t. ormonale adiuvante o che hanno sospeso la terapia ormonale adiuvante da almeno un anno al momento dell'ultimo follow up sono stati inclusi nell'analisi. In conclusione 514 pz pTxN0 sono stati analizzati ed è stata valutata la BRFS in relazione all'estensione della linfadenectomia. Come covariate nell'analisi multivariata: t. ormonale neoadiuvante, PSA preop., stadio e Gs clinici e patologici, lo stato dei margini (R1), t. ormonale o radiante adiuvanti. La recidiva biochimica è stata definita come 2 rialzi del PSA  $> 0.2$  ng/ml o come un PSA persistentemente elevato dopo prostatectomia.

**Risultati:** Dei 514 pTxN0 (età media 63 anni; PSA medio 11.9) 40 (7%) pz erano stati sottoposti a t. neoadiuvante; 269 (52%) erano cT1, 158 (31%) erano cT2, 87 (17%) erano cT3. 314 (61%)

erano cGs > 6, 132 (25%) cGs = 7, 68 (13 %) cGs 8 10. 261 (51%) erano pT2, 164 (32%) pT3a, 89 (17%) pT3b, 2 (0.03%) pT4. 263 (51%) erano pGs > 6, 169 (32%) pGs = 7, 82 (15%) pGs 8 10. 163 (31%) erano R1. 75 (14%) hanno eseguito una radioterapia adiuvante, 12 pz (2%) una t. ormonale adiuvante sospesa almeno un anno prima dell'ultimo follow up (4 pz) o nel corso della quale hanno presentato una ripresa biochimica (8 pz). Il follow up medio: 50 mesi (mediana: 47, 13 144). Il numero medio di linfonodi (Ln) rimossi è stato 10,3 (mediana: 9, 1 35), di cui 252 (49%) pz hanno rimosso meno di 10 Ln e 262 (51%) pz 10 o più Ln. 105 hanno presentato una recidiva biochimica, con una BRFS di 74% e 45% a 5 e 10 anni. All'analisi univariata (log rank test) i pz con 10 o più LN rimossi hanno avuto una BRFS significativamente migliore dei pz con < 10 Ln (HR: 1,532, p = 0,036). All'analisi multivariata, un numero 10 o più Ln rimossi è rimasto significativamente correlato ad una migliore BRFS (HR: 0.405, p = 0,000), insieme al pT più basso (HR: 1,497, p = 0.017), al pGs più basso (HR: 2,107, p = 0.000), all'assenza di R1 (HR: 1,746, p = 0.021), e all'assenza di una t. ormonale adiuvante (HR: 4,903, p = 0.003).

**Conclusioni:** La rimozione di 10 o più Ln in corso di prostatectomia radicale è un fattore indipendente correlato ad una migliore BRFS; è necessario un follow up maggiore per valutarne l'impatto sulla sopravvivenza

Abstract n. 217 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster A - ore 14.00)

**QUAL'È L'IMPATTO DEI MARGINI POSITIVI SULLA RIPRESA BIOCHIMICA NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI A PROSTATECTOMIA RADICALE PER CARCINOMA PROSTATICO?**

**Franceschelli A., Schiavina R., Sanguedolce F., Bertaccini A., Brunocilla E., Concetti S., Manferrari F., Garofalo M., Dababne S., Pultrone C., Molducci S., Rocca C., Baccos A., Cicchetti G., Martorana G.**

*Clinica Urologica Università di Bologna*

**Scopo del lavoro:** Valutare l'impatto dei margini positivi (R1) sulla sopravvivenza libera da recidiva biochimica (BRFS) e locale (LRFS) nei pazienti operati di prostatectomia radicale (RP).

**Metodi:** Abbiamo valutato 1022 pz sottoposti a RP per CaP clinicamente localizzato dal 9/1997 al 5/2008 con un f up minimo di 13 mesi. 694 (68%) hanno eseguito una linfectomia con una tecnica limitata, standard o estesa a seconda della preferenza del chirurgo e del rischio preoperatorio del paziente; 328 (32%) pz erano pNx. Sono stati esclusi i pz N+, pz cui i dati clinicopatologici non fossero completi e quelli sottoposti a terapia adiuvante. L'analisi è stata condotta su 599 pz pTxN0/Nx ed è stata valutata la BRFS e la LRFS in relazione alla presenza di un margine positivo (Kaplan Meier). Come covariate nell'analisi multivariata (Cox Analysis): il PSA preop., stadio e Gs clinici (cT e cGs) e patologici (pT e pGs), a presenza di R1, il numero di linfonodi (Ln) rimossi. La recidiva biochimica è stata definita come 2 rialzi del PSA > 0.2 ng/ml o come un PSA persistentemente elevato dopo prostatectomia. La recidiva locale è stata definita come una recidiva clinica della loggia prostatica dimostrata istologicamente o la radioterapia di salvataggio eseguita per recidiva biochimica con successivo azzeramento del PSA.

**Risultati:** l'età media è risultata 62 anni, il PSA medio 11.2. 43 pz erano stati sottoposti a t. neoadiuvante. 369 (61%) erano pT2, 180 (31 %) erano pT3a, 49 (8%) erano pT3b, 2 (0.3%) pT4. 167/599 (27%) erano R1, di cui 84 (22%) nei pT2, 62 (34%) nei T3a, 21 (42%) nei T3b T4. Il f up medio è 51 ± 247,2 mesi mediana: 46, 13 144). All'analisi univariata, la BRFS è risultata significativamente influenzata da R1 (P = 0,0003) con una BRFS dell'83% e del 53% per gli R0 vs 69% e 41% per gli R1 a 5 e 10 aa. All'analisi multivariata, è rimasto significativamente correlato ad

una peggiore BRFS la presenza di R1 (p = 0,0005), insieme al pT (p = 0,0069), al PSA (p = 0,0156), al cGs (p = 0,0007). La LRFS non è invece risultata significativamente influenzata da R1 (P = 0,1002). Nei 369 T2, la BRFS è risultata significativamente influenzata da R1 (P = 0,001) con una BRFS dell'88% e del 73% gli R0 vs 79% e 56% per gli R1 a 5 e 10 aa. All'analisi multivariata R1 (p = 0,0001), pGs (p = 0,0021) e PSA (p = 0,0007) sono rimaste significative. Nei 369 T2 la LRFS in funzione di R1 è risultata vicina alla significatività (p = 0,055). Nel gruppo T3, la presenza di R1 non ha modificato la BRFS (nei pT3a P = 0,7390, nei pT3b, P = 0,1475). La popolazione è stata quindi divisa in 4 gruppi (G): G1: T2R0; G2: T2R1; G3: T3R0; G4: T3R1. La BRFS è risultata 88, 79, 75 e 72% a 5 aa e 73, 56, 35 e 54 a 10 aa (P = 0,002). All'analisi multivariata, la BRFS è risultata influenzata da R1 (P = 0,0002), dal pGs (p = 0,0000), e dal PSA (p = 0,0494), mentre la LRFS è risultata al limite della significatività (p = 0.07).

**Conclusioni:** Nella nostra esperienza, la presenza di R1 influenza la BRFS solo nei pT2. I T2R1 hanno una BRFS simile a quella dei pT3aR0/R1. È necessario un f up più lungo per valutare l'impatto sulla sopravvivenza cancro specifica.

Abstract n. 218 POSTER (sessione del 25/06/2009, Area poster B - ore 14.00)

**RUOLO DELLA LINFECTOMIA DI SALVATAGGIO NEI PAZIENTI CON RECIDIVA LINFONODALE DOPO PROSTATECTOMIA RADICALE**

**Martorana G., Franceschelli A., Sanguedolce F., Bertaccini A., Brunocilla E., Concetti S., Manferrari F., Garofalo M., Barbieri B., Baccos A., Vagnoni V., Borgatti F., Cicchetti G., Gerace T., Schiavina R.**

*Clinica Urologica Università di Bologna*

**Scopo del lavoro:** Valutare i risultati della linfectomia di "salvataggio", pelvica o retroperitoneale (SaLND), nei pazienti (pz) con recidiva linfonodale, diagnosticata con 11C Colina PET/CT, dopo prostatectomia radicale.

**Metodi:** Tra il Novembre 2005 e il Settembre 2008, 9 pz (età media: 58 anni, range 55 80), con ripresa biochimica dopo prostatectomia radicale (mediana PSA: 4.8, range 2 14 ng/ml) e sospetta recidiva linfonodale alla 11C Colina PET/CT sono stati sottoposti a linfectomia pelvica (5 pz) o pelvica e retroperitoneale (4 pz). Tutti i pazienti hanno eseguito la PET/CT prima di iniziare la terapia ormonale. Lo stadio patologico dopo la prostatectomia era pT2 in 3 pz, pT3a in 4 and pT3b in 2. 6 pz erano pN0 mentre 3 erano pNx. Il Gleason score medio era 7 (range 6 8). 3 pz erano stati sottoposti a radioterapia adiuvante dopo la prostatectomia radicale. In tutti i casi abbiamo escluso con l'imaging anche la presenza di una recidiva locale (in 6 pz era stata eseguita anche una biopsia della anastomosi).

**Risultati:** In 8 su 9 pazienti l'esame istologico ha dimostrato la presenza di metastasi linfonodale dopo la SaLND, con una sensibilità e specificità del 100% e 83% per la PET/CT (analisi per paziente). La mediana di linfonodi rimossi è stata 12 (range 3 28) mentre la mediana di linfonodi positivi era 2 (range 0 4). L'analisi eseguita "per lesione" ha dimostrato che la sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo e la accuratezza della 11C colina PET/CT erano rispettivamente del 42%, 94%, 84%, 73% e 76%. Il tempo operatorio medio è stato di 151.6 ± 41.5 min (mediana 157.5, range 91 206). Non si sono verificate complicanze peri e post operatorie maggiori. Dopo la linfectomia, tutti i pz hanno avuto un PSA > 0.2 ng/ml (PSA medio: 1.42 ± 1.1 ng/ml, mediana 1.5, range 0.5 3.0) e sono stati sottoposti a terapia ormonale. Con un follow up medio di 18 mesi (range 2 28), 7 pz sono liberi da progressione biochimica con la terapia ormonale.

**Conclusioni:** La 11C colina PET/CT è una indagine accurata per

valutare pazienti con PSA relapse dopo prostatectomia radicale. La linfektomia di salvataggio non può essere considerata definitivamente curativa ma potrebbe essere utile nel contesto di un trattamento multimodale nel tentativo di ridurre il volume tumorale. Il ruolo di questo approccio chirurgico rimane controverso e, nel tentativo di definirlo, potrebbe essere utile uno studio multicentrico.

Abstract n. 219 COMUNICAZIONE BREVE (sessione del 25/06/2009, Miscellanea 1 - ore 08.00 Sala Sforza)  
**APPLICAZIONE DI NANOPARTICELLE DI FERRO (ULTRASMALL SUPERPARAMAGNETIC IRON OXIDE NANOPARTICLE-USPIO, SINEREM, GUERBET, PARIS) COME MEZZO DI CONTRASTO SUPERPARAMAGNETICO PER LA DETEZIONE DELLE METASTASI LINFONODALI DA TUMORE PROSTATICO O VESCICALE**

**Introini C.<sup>1</sup>, Baio G.<sup>2</sup>, Naselli A.<sup>1</sup>, Andreatta R.<sup>1</sup>, Spina B.<sup>2</sup>, Truini M.<sup>2</sup>, Dardano L.<sup>3</sup>, Neumaier C.E.<sup>1</sup>, Puppo P.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>S.C. Urologia Oncologica, Dipartimento di Diagnostica per Immagini; <sup>2</sup>S.C. Anatomia Patologica, Ist-Istituto Tumori - Genova; <sup>3</sup>Scuola di Specialità in Radiodiagnostica Università di Genova

*Introduzione/background:* La diagnosi delle metastasi linfonodali, in particolare delle piccole metastasi linfonodali, da tumore prostatico e vescicale, rappresenta un importante punto critico per la scelta del successivo iter diagnostico-terapeutico (chemio-radioterapia pre-operatoria, trattamento chirurgico) e quindi per la prognosi del paziente. La linfadenomectomia pelvica è fondamentale per ottenere importanti informazioni sullo staging, ma questo beneficio ha una controparte non trascurabile che è rappresentata da un incremento della morbilità e dei costi legati alla procedura. Grazie ai recenti sviluppi avvenuti nel campo dell'imaging e in particolare nello sviluppo di un nuovo mezzo di contrasto per risonanza magnetica (RM), a base di nanoparticelle di ferro (USPIO-ultrasmall superparamagnetic iron oxide nanoparticle-USPIO, Sinerem, Guerbet, Paris), sembra possibile utilizzare la RM per ottenere una stadiazione pre-operatoria locale e linfonodale. Infatti, l'uptake dell'USPIO da parte dei macrofagi nei linfonodi normali, determina una riduzione del segnale nelle sequenze pesante in T2/T2\* che non avviene nei linfo-

nodi metastatici, aumentando così l'accuratezza diagnostica. Titolo: applicazione di nanoparticelle di ferro (ultrasmall superparamagnetic iron oxide nanoparticle-USPIO, Sinerem, Guerbet, Paris) come mezzo di contrasto superparamagnetico per la detezione delle metastasi linfonodali da tumore prostatico o vescicale. *Materiali e Metodi:* Sono stati arruolati pazienti (n = 15) con precedente diagnosi di tumore primitivo prostatico o vescicale, effettuata mediante biopsia e con scintigrafia ossea negativa, due quali rispettivamente: adenocarcinomi gleason 4+3 = 7/10 (n = 3), adenocarcinomi gleason 3+3 = 6/10 (n = 5), adenocarcinomi gleason 4+5 = 9/10 (n = 1), carcinoma uroteliale in situ (n = 2), carcinoma a cellule transazionali papillare di alto grado (n = 1), carcinoma papillare uroteliale infiltrante alto grado (n = 3).

Le stazioni linfonodali iliache e otturatorie sono state esaminate mediante RM e i singoli linfonodi sono stati identificati in base ai cambiamenti di intensità di segnale, da due esperti radiologi (studio in cieco), nelle sequenze T1 e T2-3D-gradient echo (T2\*) con una macchina a 1.5T (NT Intera, Philips), 24-36h dopo la somministrazione e.v. di USPIO. Lo studio RM è stato eseguito nei piani assiali, coronali e sagittali con piano parallelo ai vasi iliaci e otturatorie. Tutti i pazienti sono stati sottoposti successivamente ad intervento chirurgico in accordo con i protocolli standard di linfadenomectomia pelvica. È stato allestito un "plate" con un disegno schematizzato dell'anatomia delle stazioni linfonodali iliache e otturatorie e durante la linfadenomectomia un urologo e un radiologo hanno fissato i corrispondenti linfonodi, ai fini di riprodurre l'esatta posizione di quest'ultimi esaminati all'imaging. Successivamente è stata eseguita correlazione tra i linfonodi esaminati all'imaging e i risultati ottenuti con l'analisi istopatologica.

*Risultati:* Sono stati identificati mediante imaging RM-USPIO 36 linfonodi con diam max di 1.4 cm. Dei 36 linfonodi, 15 erano positivi (nessun cambiamento di segnale nelle sequenze T2\* 24-36 ore dopo la somministrazione di USPIO) e 21 benigni (decremento di segnale, ovvero captazione del mezzo di contrasto, USPIO, 24-36 ore dopo la somministrazione di USPIO). L'analisi istopatologica ha confermato i risultati ottenuti all'imaging, eccetto per un linfonodo che era benigno all'imaging ma che all'istopatologia presentava microfocolai di tumore.

*Conclusioni:* I nostri risultati preliminari hanno dimostrato che le nanoparticelle di ferro sono un mezzo di contrasto per RM molto utile nello staging linfonodale da tumore primitivo prostatico o vescicale.



**INDICE RELATORI DI COMUNICAZIONI POSTER VIDEO**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	<b>Abstract n.</b>
Albo	Giancarlo	138, 139
Alongi	Filippo	3
Altieri	Vincenzo	110, 134, 140, 141
Altieri	Vincenzo Maria	73
Angrisani	Renato	142
Austoni	Edoardo	143, 144
Autran Gomez	Ana Maria	145
Baldazzi	Valentina	111, 132, 133
Barboro	Paola	74
Bassi	Pierfrancesco	146
Beltramo	Giancarlo	34
Benecchi	Luigi	147, 148
Bercovic	Eduard	112
Bernardi	Amelia	1
Bertini	Roberto	61, 62, 63, 64, 65, 66, 67
Bertolotto	Franco	149
Bianchi	Giampaolo	150
Bonetta	Alberto	151
Borzone	Carlo	76
Bossi	Alberto	12
Brancato	Tommaso	113
Brausi	Maurizio	152
Briganti	Alberto	114
Buffardi	Andrea	15
Caffo	Orazio	153
Calcagno	Tiziana	154
Caldirolì	Michela	155
Cambria	Raffaella	43, 92
Campodonico	Fabio	156
Carchedi	Mariateresa	157
Carmignani	Luca	158, 160, 161
Cindolo	Luca	47
Colecchia	Maurizio	51
Colombo	Renzo	115, 116, 117
Cracco	Cecilia	162
Cucchiareale	Giuseppina	163, 164, 166, 167
D'Ascenzo	Roberto	136
De Berardinis	Ettore	40, 41
De Luca	Giuseppe	168, 169
De Nunzio	Cosimo	4, 5
De Stefanis	Paolo	137
Del Nero	Alberto	11, 75
Del Zingaro	Michele	170, 172
D'Elia	Gianluca	173
Dell'Acqua	Sergio	98
Dente	Donato	118
DeStefanis	Paolo	87, 174
Di Lorenzo	Giuseppe	39
Di Pierro	Giovanni Battista	54, 55
Di Siervi	Pasqualina	90
Ditonno	Pasquale	89
Falsaperla	Mario	175
Fandella	Andrea	210
Folini	Marco	83
Franceschelli	Alessandro	217
Franco	Giorgio	177
Gacci	Mauro	42
Galosi	Andrea B.	178, 179, 180
Gandellini	Paolo	88
Gatta	Gemma	181, 182
Giberti	Claudio Antonio	183, 184
Giganti	Maria Olga	185

Girelli	Giuseppe	186
Gontero	Paolo	187
Gulino	Gaetano	120
Iacopino	Fortunata	212
Ierardi	Alessandro	13
Introini	Carlo	219
Jereczek-Fossa	Barbara Alicja	53
Krengli	Marco	188
Lanzi	Federico	29, 30
Larcher	Piero	121
Leoni	Sergio	189
Locatelli	Federica	28
Longo	Fabrizio	24, 25, 26, 27, 71
Lupo	Giuseppe	190
Luporini	Alberto	191
Maffezzini	Massimo	192, 193
Mangerini	Rosa	57
Marchioro	Giansilvio	194, 195
Martorana	Giuseppe	218
Marzotto Caotorta	Matteo	38
Masala	Daniele	22, 23
Matei	Deliu Victor	77, 122
Maugeri	Orazio	86, 196
Mearini	Ettore	70
Minervini	Andrea	16, 17, 18, 19
Morelli	Franco	32
Munoz	Fernando	31, 56
Naccarato	Giuseppe	36
Naselli	Angelo	197
Negro	Carlo Luigi Augusto	49
Oderda	Marco	44
Palmieri	Fabiano	213
Palmieri	Luigi	82
Parziani	Silvestro	123
Pittoni	Patrizia	91
Pizzocaro	Giorgio	37, 46
Portoghese	Filippo	109, 125, 126
Prezioso	Domenico	127
Procopio	Giuseppe	79
Racioppi	Marco	107
Rancati	Tiziana	198
Roscigno	Marco	84, 97
Sacomanni	Mauro	128
Sanseverino	Roberto	93, 94, 95, 96
Scattoni	Vincenzo	101, 102, 103, 104, 105
Schiavina	Riccardo	214, 215, 216
Sciarra	Alessandro	200, 201, 202, 203, 209
Serretta	Vincenzo	6, 7, 8
Seveso	Mauro	58, 59, 129
Siracusano	Salvatore	108, 130
Spasari	Angelo Salvatore	72
Stagni	Silvia	204
Taverna	Gianluigi	52, 131
Tosco	Lorenzo	80, 81
Tosi	Nicola	85
Tramacere	Francesco	69
Tuccio	Agostino	9, 10
Ubbiali	Alessandro	14
Valdagni	Riccardo	205
Vavassori	Andrea	20, 50, 211
Ventura	Francesco	78
Verri	Elena	206
Villa	Sergio	48, 100, 207
Viola	Massimo	208
Vischioni	Barbara	21
Vittori	Gianni	35
Zenico	Teo	135
Zerini	Dario	60



***la chiave della salute***

***“Cerelia sostiene SIUrO”***

# XXX

## Congresso Nazionale S.I.Ur.O

**Roma, 22 - 25 Giugno 2010**



Università Cattolica del Sacro Cuore  
Facoltà di Medicina e Chirurgia "A.Gemelli"  
Centro Congressi Europa, L.go Francesco Vito, 1

Presidente del Congresso: *Gigliola Sica*  
Presidente Onorario: *Pier Francesco Bassi*

**Comitato di Presidenza**  
*Giorgio Arcangeli*  
*Cora Sternberg*  
*Giuseppe Vespasiani*

### Segreteria Organizzativa

Emilia Viaggi Congressi & Meeting S.r.l.  
Via Porrettana, 76  
40033 Casalecchio di Reno (BO)  
tel. +39 051 6194911 - fax +39 051 6194900  
e-mail: [evcongressi@emiliviaggi.it](mailto:evcongressi@emiliviaggi.it)  
web: [www.emiliviaggi.it](http://www.emiliviaggi.it)



### Università Cattolica del Sacro Cuore

Ufficio Formazione Permanente  
tel. + 39 06 30154886 - fax +39 06 3055397  
e-mail: [gchierchia@rm.unicatt.it](mailto:gchierchia@rm.unicatt.it)  
web: [www.rm.unicatt.it](http://www.rm.unicatt.it)

### Segreteria Scientifica

Società Italiana di Urologia Oncologica (SIURO)  
c/o Clinica Urologica, Alma Mater Studiorum  
Università di Bologna  
Policlínico S. Orsola Malpighi  
Padiglione Palagi: Via P. Palagi, 9 - 40138 Bologna  
tel. +39 051 6362421 - 051 302082 - fax +39 051 308037  
e-mail: [segreteria@siuro.it](mailto:segreteria@siuro.it) - web: [www.siuro.it](http://www.siuro.it)